

Le Médecin Radiologue de France

JUILLET # 371
2014

Le journal de la FNMR
fnmr.org

Imagerie médicale : Quels outils pour demain ?



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

RETRAITE – SANTÉ – PRÉVOYANCE
ÉPARGNE SALARIALE
IMMOBILIER DE RAPPORT
GESTION DE PATRIMOINE

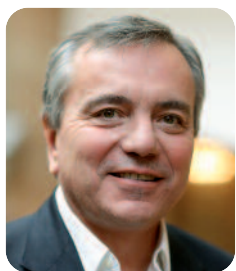


LE CMPS OPTIMISE MES DISPOSITIFS FINANCIERS

PLUS DE PROTECTION SOCIALE
ET MOINS DE CHARGES FISCALES,
ÇA CHANGE TOUT.

Crédit  Mutuel
Professions de Santé

CRÉDIT MUTUEL PROFESSIONS DE SANTÉ PARIS
10, RUE CAUMARTIN – 75009 PARIS
TÉL. : 01 56 75 64 30 – COURRIEL : 06120@CREDITMUTUEL.FR
RETROUVEZ TOUTES LES COORDONNÉES CMPS SUR LE SITE
WWW.CMPS.CREDITMUTUEL.FR



Le changement dans la continuité

Prendre les fonctions de président de la FNMR, c'est mesurer l'ampleur de la tâche et des responsabilités inhérentes, il faudra répondre aux défis sans cesse renouvelés auxquels notre profession fait face et défendre nos intérêts ainsi que ceux des patients. Il s'agit aussi de s'inscrire dans la lignée de tous les présidents qui ont précédé, notamment Jacques Niney, et de s'en montrer digne.

Le travail qui attend la nouvelle équipe de la FNMR est difficile mais aussi intense car de nombreux challenges sont à relever :

- Les radiologues libéraux doivent avoir accès aux équipements d'imagerie en coupe pour prendre en charge leurs patients d'une façon cohérente. La substitution, tant réclamée par les institutionnels, ne peut s'envisager que dans ce cadre. Nous ne pouvons accepter que la radiologie conventionnelle soit prise comme bouc émissaire.
- La place de la téléradiologie faite par des radiologues, et non par et pour des sociétés commerciales, doit être affirmée. Sur cette question, nous devons, avec les structures existantes (G4 régionaux, URPS) former un véritable contre-pouvoir aux ARS.
- Notre spécialité, au centre de la démarche diagnostique, est, depuis de nombreuses années, la cible d'attaques répétées qui ont entraîné une baisse de nos chiffres d'affaires et mis en péril de nombreux cabinets.

Nos responsables politiques doivent prendre conscience du fait que l'imagerie médicale moderne que nous représentons et défendons a un coût mais est aussi une

véritable source de richesse pour la nation liée aux services qu'elle rend sur le plan médical.

Il est fondamental de développer les relations engagées par la FNMR et l'équipe sortante aussi bien envers nos patients qu'envers les responsables politiques. C'est par la connaissance approfondie de notre profession, de ses problèmes, mais aussi de tout ce qu'elle représente, que nous parviendrons à mieux faire comprendre l'importance de l'imagerie dans le système de santé et le parcours du patient.

Dès sa prise de fonction, la nouvelle équipe est confrontée à la publication du rapport de la CNAMTS sur les charges et produits pour 2015. Sa lecture fait apparaître des incohérences graves entre ce qui nous a été demandé depuis de nombreuses années par la Caisse mais aussi l'ASN (substituer l'imagerie conventionnelle par des IRM) et ce qui est proposé dans ce rapport (faire des examens conventionnels avant toute IRM ostéo articulaire). Vous pourrez en trouver l'analyse dans les pages suivantes. Devant la mise en cause de notre profession, la FNMR a immédiatement réagi. Des communiqués et un courrier adressé au président du Conseil de la CNAMTS rappellent les principes qui doivent guider le développement de l'imagerie dans notre pays.

La richesse principale de la Fédération tient dans sa diversité. Elle représente toutes les régions de France avec leurs différents modes d'exercice. Cette diversité et notre réactivité sont des atouts : à nous de savoir les utiliser.

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire # 371

■ Image 3.0	
Imagerie médicale : volume versus valeur ajoutée Quels outils pour demain ?	04
Imae 3.0 le débat	22
■ Les mesures proposées par la CNAM pour 2015	28
■ Statistiques : Dépenses assurance maladie	34
■ Les orientations de la future loi de santé	36
■ Vie fédérale	38
■ Hommages	38

■ Petites annonces	42
■ FNMR fermeture août	42

Annonces	BRACCO	23
	CMPS	02
	ESAOTE MEDICAL	39
	FORCOMED	40 - 41
	GUERBET	35
	PMFR	43
	UNIPREVOYANCE	44





Imagerie médicale : volume versus valeur ajoutée. Quels outils pour demain ?

Le 28 mars dernier, la FNMR organisait un séminaire "Imagerie médicale : volume versus valeur ajoutée. Quels outils pour demain ?". L'objet est d'engager une réflexion prospective pour une nouvelle étape de l'imagerie médicale : passer d'une période de croissance des actes à la reconnaissance de la valeur ajoutée de l'imagerie dans le système de soins.

L'imagerie médicale est d'un apport indiscutable dans la chaîne de soins. Son rôle dans la prévention, le diagnostic, le suivi et le traitement de nombreuses pathologies est incontournable. Elle participe à la réduction des coûts en santé en contribuant à raccourcir les délais d'orientation et de prise en charge des patients par des diagnostics pointus et rapides mais aussi en substituant à la thérapeutique traditionnelle des techniques non invasives permettant de réduire les durées d'hospitalisation.

La multiplication des indications médicales pour l'imagerie, le développement de techniques plus performantes et l'évolution démographique ont conduit, **au cours des dernières décennies, à une hausse sensible du volume des actes.**

Pour tenter de maîtriser cette évolution, la réaction des tutelles a été, principalement, des baisses tarifaires successives mettant en difficulté nombre de cabinets ou de petits services hospitaliers d'imagerie. **Les évolutions actuelles risquent de se traduire par une réduction du maillage territorial en imagerie et par une insuffisance de l'offre de cette spécialité.**

La situation de l'imagerie aux Etats-Unis, en tenant compte des différences économiques, institutionnelles, culturelles, ressemble, par de nombreux points, à la situation française.

Les intervenants

- Dr Géraldine McGinty (Radiologue)
- M. Wilfrid Vincent (FNMR, Délégué général FNMR)
- Dr Christian Delgoffe (Radiologue)
- Dr Robert Lavayssière (Radiologue)
- Dr Jean-Christophe Delessalle (Radiologue)
- Dr Jean-Charles Leclerc (Radiologue)
- Dr Bruno Silberman (Radiologue)

Les témoins

- Pr Guy Fria (Société Européenne de Radiologie, Past-Président)
- Dr Pierre Lesteven (IGAS, Inspecteur général de la santé)
- Dr Jacques Niney (FNMR, Président)
- Dr Jean-Paul Ortiz (CSMF, Président)
- M. Denis Perrus (SNITEM)
- Dr Roger Rua (SML, Président)
- Dr Jean-François Thébaud (HAS, Membre du collège)
- M. Philippe Ulmann (CNAM-TS, Directeur de l'offre de soins)

L'American College Of Radiology (ACR) a lancé un projet, intitulé "Imaging 3.0" qui veut engager la spécialité dans une nouvelle ère. La démarche de l'ACR vise à intégrer l'ensemble des outils (formation, qualité, radioprotection, rôle des patients, guide des bonnes pratiques, ...) pour **passer d'une période de croissance des volumes des actes à une période de reconnaissance de la valeur ajoutée de l'imagerie médicale dans le système de soins.**

Les outils dont dispose la spécialité aux Etats-Unis existent aussi en France. La FNMR a créé ou contribué à créer nombre d'entre eux. **La démarche des médecins radiologues américains peut être une source d'inspiration pour l'imagerie en France.**



Dr Jacques Niney

Dans son propos liminaire, Jacques Niney, Président de la FNMR, rappelant le cadre dans lequel se situent les médecins radiologues par rapport aux institutions, soulignait que, depuis 1997, un cycle dangereux a été engagé tant pour l'imagerie médicale que pour les patients et la santé publique. Chaque année, des mesures d'économie affectent l'imagerie médicale. Les raisons sont connues: la contrainte financière qui pèse sur l'équilibre de l'Assurance maladie, l'augmentation

du volume des actes d'imagerie réalisés par les radiologues mais aussi par les non radiologues, et la difficulté de mettre en place des outils de maîtrise médicalisée.

Les médecins radiologues sont conscients des problématiques économiques pesant sur leur secteur d'activité, puisqu'ils en subissent aussi les conséquences. Ils sont aussi des chefs d'entreprise qui gèrent du personnel dans un environnement réglementaire complexe et avec des investissements importants.

Ils peuvent comprendre la nécessité d'une régulation raisonnée des dépenses de santé et ont multiplié, dans la dernière décennie, des efforts pour parvenir à des solutions intelligentes, par exemple; les accords de bon usage de soins, les dispositifs réglementaires de la qualité, la labellisation des sites ou les protocoles pluriannuels sur les actes d'imagerie. Mais, du côté des institutions, la réponse revient de manière récurrente, sous forme de solution magique : la baisse de la valeur des actes de la radiologie. Cette solution est délétère, même quand leur valeur unitaire ne baisse pas, l'inflation s'en charge. Par exemple, la valeur, en euros constants, de l'acte de scanner, depuis la réforme de 1991 instaurant la dissociation entre le forfait technique et l'acte médical, a baissé de 32% par le simple jeu de l'inflation. Dans le même temps, le nombre de coupes à analyser par le radiologue a été multiplié par 100, les charges salariales et locatives ont fortement augmenté et le prix des équipements, incluant les options de routine, n'a pas baissé.

La baisse régulière de la valeur des actes conjuguée à une demande croissante des patients et des correspondants entretient une spirale prix-volume qui n'a aucune issue à moyen terme.

Il y a donc urgence à agir mais les meilleures actions sont les plus réfléchies. Le séminaire est l'occasion de s'interroger, de manière libre et prospective, sur le passage d'une logique reposant sur les volumes à une logique de qualité.

Les radiologues américains sont confrontés aux mêmes difficultés. Certes, la valeur unitaire des actes est beaucoup plus élevée mais les tendances de fond sont les mêmes.

Confronté à ces difficultés, l'American College of Radiology (ACR) a entamé une réflexion originale, qui n'est pas fondée sur le développement de nouveaux outils de régulation, mais sur l'approfondissement et la mise en cohérence de l'ensemble des outils existants. **Le socle de ce projet est la valorisation de la qualité, de l'efficacité, de la pertinence des examens d'imagerie médicale au service du patient.**

Mais cette démarche est impossible dans une logique de baisse continue des tarifs. La seule solution est de limiter la hausse des volumes par le recours à l'examen le mieux adapté, au meilleur moment.

Quels sont les outils à disposition pour cela ? Les interventions permettront d'en faire une première liste. Ils peuvent être réglementaires, conventionnels, éducationnels,

obligatoires ou optionnels, informatiques ou non, voire financiers. Il faudra ensuite réfléchir à leur cohérence, leur synergie, ou leur absence, pour envisager une démarche globale afin d'inverser les tendances actuelles.

Dr Geraldine McGinty

Médecin radiologue, le Dr McGinty exerce à New-York.

Elle est spécialisée en mammographie.

Elle est en charge à l'American College of Radiology de la tarification et de la nomenclature. Elle est aussi co-responsable de la mise en place d'Imaging 3 pour l'ACR.

Imaging 3.0 (G. McGinty)



Dr Geraldine McGinty

Géraldine McGinty présente les grandes caractéristiques du système de santé aux Etats-Unis.

La majorité des Américains disposent d'une assurance santé prise par le biais de leur entreprise. Depuis la création, dans les années soixante, de Medicare ¹, les gouvernements et les assurances privées remboursent selon le principe du « fee for service » : je

fais un service, on me paie pour ce service. J'en fais deux, on me paye deux fois, etc.

Récemment, des forfaits pour hospitalisation ont été développés mais pour la radiologie ils sont appliqués seulement à la partie "technique" de l'examen, l'acquisition des images. L'interprétation est toujours payée à l'acte.

Les paiements pour chaque acte sont calculés en utilisant une combinaison de facteurs comme le temps nécessaire pour faire le travail, l'intensité relative et la difficulté du service, et enfin les coûts combinés de la machine et autres fournitures. Un comité de l'AMA ², qui s'appelle le RUC ³, décide des tarifs grâce à ces informations qui sont appelées "RVU" ou unités de valeur relative.

Medicare utilise ces valeurs pour calculer le paiement effectif et l'assurance commerciale tend à utiliser le barème des coûts d'assurance-maladie en tant que modèle. Selon la couverture du patient, il peut ne rien payer ou, à l'inverse, payer la totalité du coût de l'examen.

Un des problèmes aux Etats-Unis est la hausse rapide du coût des soins. Le pays dépense beaucoup plus par

¹ Assurance pour personnes âgées

² American Medical Association

³ Specialty Society Relative Value Scale Update Committee. Comité chargé de la mise à jour des tarifs

habitant que tout autre pays développé, actuellement environ 18% du PIB, sans obtenir des résultats en rapport.

En 2009, le Congrès a adopté un projet de loi de refonte du système de santé. Il n'est plus possible pour une compagnie d'assurance de résilier un contrat ou de refuser de couvrir une personne en raison d'une condition préexistante. Il est maintenant possible d'acheter une assurance santé abordable sur les marchés en ligne avec des prix raisonnables comparés au coût prohibitif appliqué auparavant pour une assurance individuelle. Des subventions sont prévues pour les plus pauvres.

La réforme touche également la radiologie. Le gouvernement veut aligner les rémunérations des différents acteurs de la santé et inciter au développement de systèmes de santé intégrés pouvant être rémunérés pour s'occuper d'une population définie. Cela signifie que les hôpitaux sont de plus en plus puissants. Beaucoup de médecins indépendants rejoignent maintenant les hôpitaux comme salariés. Des groupes de radiologues, traditionnellement sous contrat avec les hôpitaux pour fournir le service d'interprétation, sont maintenant « absorbés » par eux.

La conception de couverture d'assurance individuelle est en train de changer, même pour ceux qui ont toujours été assurés. Il y a maintenant un plus grand « partage des coûts », sauf pour les services de dépistage comme la mammographie ou la coloscopie. Les patients sont plus conscients du coût de leurs soins de santé.

Les objectifs déclarés de la réforme des soins de santé sont appelés le " triple objectif " : une meilleure santé de la population, une meilleure expérience des soins, à moindre coût.

Quel va être l'impact pour les radiologues ? Ils étaient très bien rémunérés dans le système existant et quelques-uns de ces médecins ont été les mieux payés des Etats-Unis. L'évolution rapide des technologies de l'imagerie et de leur capacité à influencer les soins médicaux ont conduit à une explosion de son utilisation dans la première partie du 21^{ème} siècle.

La représentation effective des radiologues au comité RUC ainsi que la puissance de constructeurs, tels que GE et Siemens, ont conduit à des prix toujours élevés pour l'imagerie.

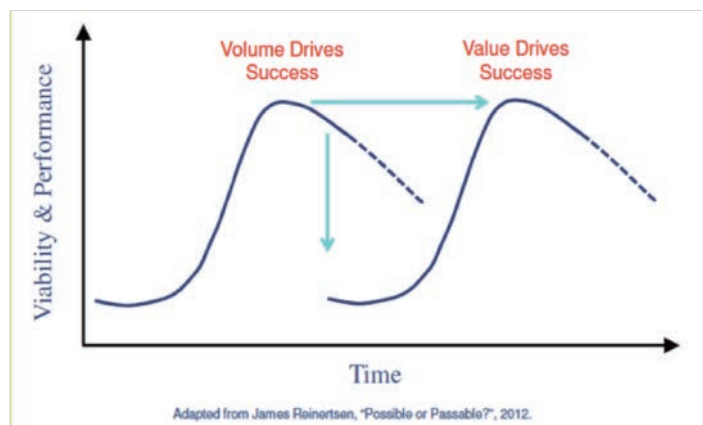
Cet état de fait a eu des résultats négatifs. Comme Medicare ne limite pas les médecins en termes de services qu'ils peuvent fournir, des neurologues et des chirurgiens orthopédistes ont acheté des scanners ou des IRM, des urologues ont fait de la radiothérapie.

Des études ont montré que ces non-radiologues utilisent quatre fois plus l'imagerie que les praticiens ayant recours à des services externes de radiologie.

Ce sont, néanmoins, les radiologues qui ont été blâmés pour cette augmentation d'activités. Comme les coûts totaux des soins de santé augmentaient en spirale, l'imagerie était une cible facile.

Certains tarifs ont été réduits de plus de 50% et l'« imagerie de pointe » (CT, IRM et PET) a été la plus durement touchée. Ces baisses ont accéléré le regroupement des radiologues indépendants avec les hôpitaux, mais également fait pression sur les radiologues pour être plus "productifs".

Pour l'ACR, il est devenu clair qu'il n'était pas possible d'inverser les réductions des « fee for service » et qu'il fallait adopter une approche différente : **il fallait démontrer la valeur du travail des radiologues et plaider pour être reconnu. C'est l'objet d'Imaging 3.0.**



Imaging 3.0 s'inspire de l'évolution d'Internet du Web 1.0, qui permettait seulement d'obtenir des informations, à l'interactivité du Web 3.0. Ainsi Imaging 1.0 conduit de la découverte de la radiographie et de ses utilisations initiales, souvent en dehors des soins de santé, vers l'émergence de la radiologie comme une spécialité médicale. Imaging 2.0 reflète l'explosion de la technologie au cours de la dernière partie du 20^{ème} et début du 21^{ème} siècle, avec les progrès spectaculaires de la visualisation, le développement de l'imagerie fonctionnelle et l'utilisation des capacités de stockage et de transmission d'images, qui a porté la productivité des radiologues à des niveaux inimaginables. Ces progrès ont sans aucun doute contribué à l'amélioration des soins médicaux, mais ont eu des conséquences négatives imprévues pour les professionnels. Le radiologue Imaging 2.0, en particulier aux États-Unis où le système de paiement a incité à la productivité, a peu de temps pour interagir avec ses patients ou ses collègues.

Il peut être physiquement situé loin du site de soins et, même s'il est sur place, il est peu susceptible de fournir un environnement accueillant pour les consultations. Cela a conduit à la banalisation de la radiologie avec le développement d'entreprises de téléradiologie et un nivellement par le bas en termes de prix avec peu de regard sur la qualité.

Les professionnels sont les seuls à blâmer pour cette situation dans la mesure où de nombreux praticiens, souhaitant ne pas passer leurs nuits ou leurs week-ends à l'hôpital, ont mis en place des "Nighthawks" pour faire des analyses préliminaires en cas d'urgence pendant que les radiologues locaux appréciaient leur temps ainsi libéré. La réaction des cliniciens, ne pouvant déléguer leur activité de soins et gagnant un tiers des revenus des radiologues, n'a pas été solidaire au moment des réductions tarifaires, ce qui n'est pas surprenant.

Pire encore, les téléradiologistes sont maintenant légalement installés aux Etats-Unis très attractifs en termes de prix pour les hôpitaux ce qui a conduit ces derniers à baisser les contrats des radiologues.

Quel est le rôle de l'Imaging 3.0 ? Le concept principal est de **démontrer au reste du système de prestation de soins de santé que la valeur de l'imagerie et des radiologues va au-delà de l'interprétation.**

Une excellente interprétation est le minimum à offrir. Il faut aussi démontrer la valeur des radiologues tout au long des soins. **L'imagerie est considérée si le clinicien et surtout le patient ont l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions fondées sur les résultats.**

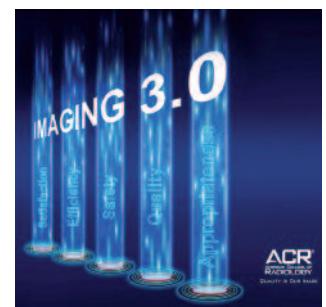
L'idée est que l'expérience du patient soit la même que celle offerte à des amis ou des membres de la famille du radiologue. Par exemple, il faut se demander si les horaires sont adaptés à la mère de famille qui ne peut venir consulter pour une mammographie qu'en soirée ? Proposer des rendez-vous en ligne est une autre possibilité.

Le partage des images est un domaine pour lequel il est possible d'améliorer les outils. Il y a trop d'exams répétés parce que les précédents ne sont pas disponibles. Des programmes comme le RSNA ImageShare, sont d'une importance capitale en rendant facile, pour nos patients et leurs médecins, l'accès à leurs données d'imagerie.

Pour les professionnels de santé, le travail du radiologue est souvent réduit à son compte rendu. C'est un domaine où des améliorations sont possibles sur la qualité des comptes rendus structurés qui doivent mieux répondre à la question clinique posée.

Aux Etats-Unis, les patients exigent de connaître les résultats de leurs exams. Mais comment mentionner que la masse rénale, qui pourrait être un kyste, peut aussi être un petit cancer sans alarmer indûment le patient ? Il est possible d'offrir un service de consultation où les patients peuvent discuter des résultats. Pour la plupart des médecins correspondants, ce service est positif. Les radiologues discutent d'ailleurs des résultats des mammographies avec les patientes depuis plus de vingt ans sans gêne aucune pour les médecins traitants.

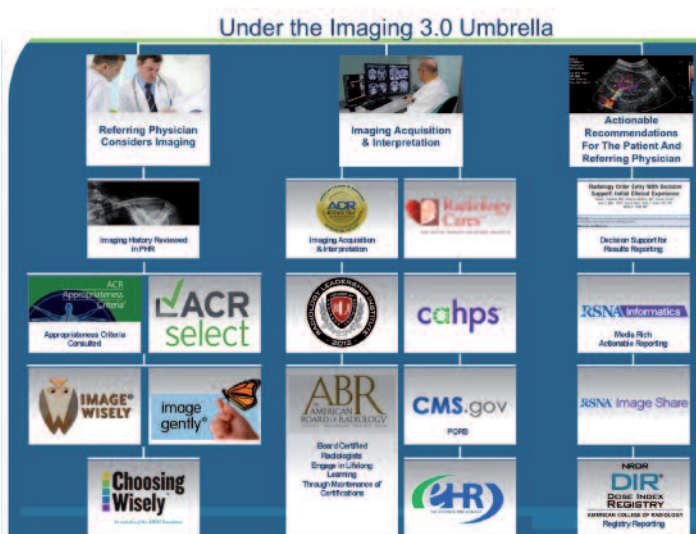
La dernière étape sur le chemin d'Imaging 3.0 doit mettre en valeur le rôle du radiologue dans le système de soins par sa participation à des commissions hospitalières, à des comités de gouvernance, à des sociétés médicales, à des groupes de patients.



Aux États-Unis, l'ACR plaide en faveur de l'utilisation de l'aide à la décision clinique dans le programme Medicare. C'est bon pour les patients, mais cela fera aussi comprendre aux tutelles, lors de la prochaine coupe budgétaire, que la radiologie fait partie de la solution et non du problème.

En conclusion, Géraldine McGinty invite les radiologues français à consulter le site américain Imaging 3.0. Elle félicite aussi la FNMR pour ses sites et notamment "Radio-logique" qui est un Imaging 3.0 français.

Aux Etats-Unis, la courbe des dépenses en imagerie est inversée comme pour l'ensemble des coûts de santé. Les radiologues sont prêts à être un élément essentiel. Pour cela, il faut qu'ils affichent avec fierté ce qu'ils offrent au système de santé.



Pour avancer dans cette démarche, l'ACR a compilé une boîte à outils moderne, élaboré des documents et des livres blancs dont l'organigramme ci-dessus.

La plupart des outils sont déjà disponibles, comme, par exemple, un outil d'aide à la décision clinique en utilisant les Appropriateness Criteria de l'ACR pour une utilisation intégrée dans un dossier de santé électronique ou via un appareil mobile. « Image Gently » est le programme de l'ACR utilisé pour optimiser les choix et protocoles d'imagerie pour les enfants et « Image Wisely » est l'équivalent pour les adultes. C'est un engagement visible pour les patients.

L'économie de l'imagerie en France (W. Vincent)



M. Wilfrid Vincent

Au-delà de nombre de différences, l'environnement économique du système de santé aux Etats-Unis présente quelques similitudes avec la France : la croissance des volumes d'actes, la contrainte budgétaire, les baisses tarifaires.

Une des différences notables est l'information disponible aux Etats-Unis alors qu'elle fait partiellement, défaut en France.

C'est une première difficulté pour évaluer l'imagerie d'un point de vue économique et sa valeur ajoutée dans le système de santé.

Il n'y a pas de données statistiques détaillées et continues sur longue période pour analyser l'activité d'imagerie. Les données sont plus complètes pour une partie des équipements mais avec une précision relative. Il est, en effet, difficile voire impossible de distinguer les équipements lourds autorisés et installés pour l'année n-1.

Il est en revanche plus facile d'obtenir des données sur la démographie encore que les modalités d'exercice (nombre d'associés dans un cabinet, structure juridique) soient mal connues statistiquement.

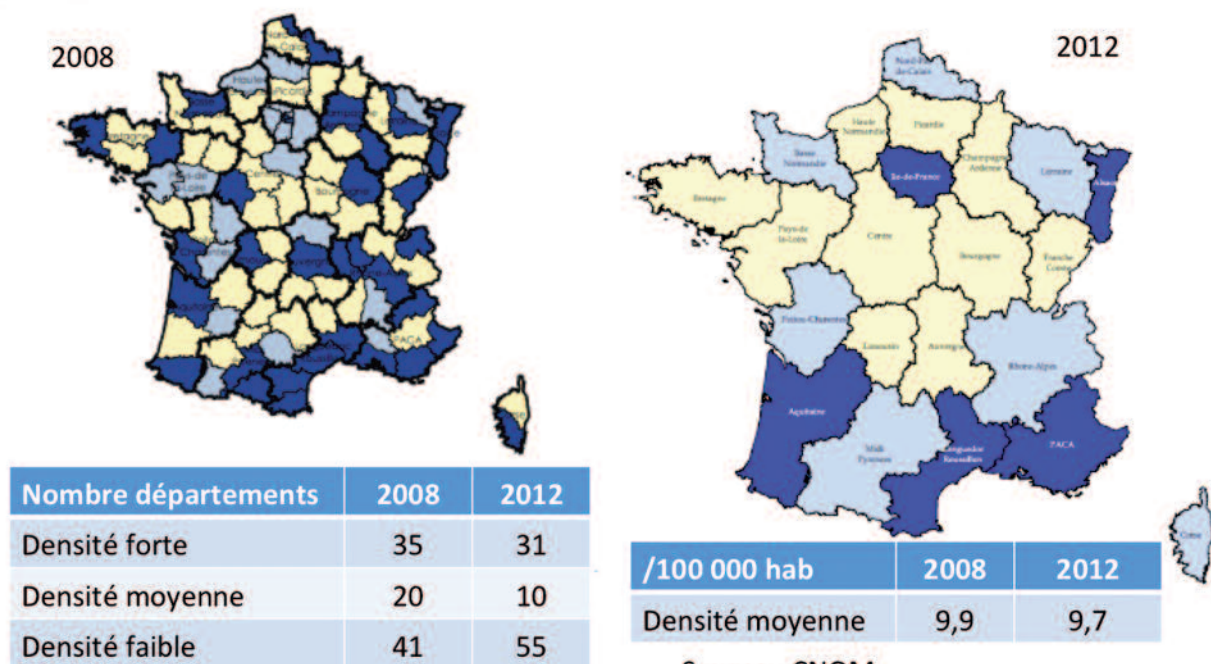
L'ONDPS ⁴ prévoit que la démographie des radiologues, après une période de croissance ces dix dernières années, connaîtra un recul de l'ordre de 16% d'ici à 2030. Dans une étude récente, le CNOM ⁵ envisage une stabilisation jusqu'en 2018.

Selon le CNOM, la densité des radiologues a légèrement baissé, le nombre de départements avec une faible densité de radiologues augmentant particulièrement dans des zones difficiles d'accès ou périurbaines. Il est à noter que l'actuelle Stratégie Nationale de Santé (SNS) du gouvernement suppose un temps d'accès limité aux soins mais la baisse de la densité se traduit par des temps d'accès accrus.

La densité est-elle un indice pertinent en radiologie? Elle peut l'être pour la radiologie de première intention ou pour le dépistage du cancer du sein. Mais pour les équipements lourds, l'indice le plus pertinent est le délai de rendez-vous. Des enquêtes ont été réalisées par l'INCa ⁶ et l'ISA ⁷ sur les délais pour obtenir un rendez-vous en IRM avec des résultats voisins.

Le délai d'attente moyen est de 28 à 30 jours avec de très fortes inégalités, allant du simple au triple. Les objectifs du plan Cancer 1 et 2 (15 jours) mais aussi du plan Cancer 3, qui prévoit 20 jours pour être réaliste, ne sont pas atteints, loin de là. L'enquête ISA montre que les deux tiers de la population vivent dans une région où les délais moyens d'accès à un examen d'IRM sont entre 25 et 50 jours.

DENSITÉ DES RADIOLOGUES 2008 2012



Source : CNOM

⁴ Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé

⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁶ Institut National du Cancer

⁷ Imagerie Santé avenir

En matière d'équipement, les comparaisons avec les autres pays ne sont pas toujours avantageuses pour la France. Pour les scanners, en 1990, la France était à peu près au niveau de l'Allemagne et au-dessus de la Turquie. En 2011, l'Allemagne est nettement mieux équipée mais la Turquie aussi. Pour les IRM, en début de période, la France est à peu près au même niveau d'équipement que l'Allemagne et l'Espagne, mais elle passe en dessous en 2011.

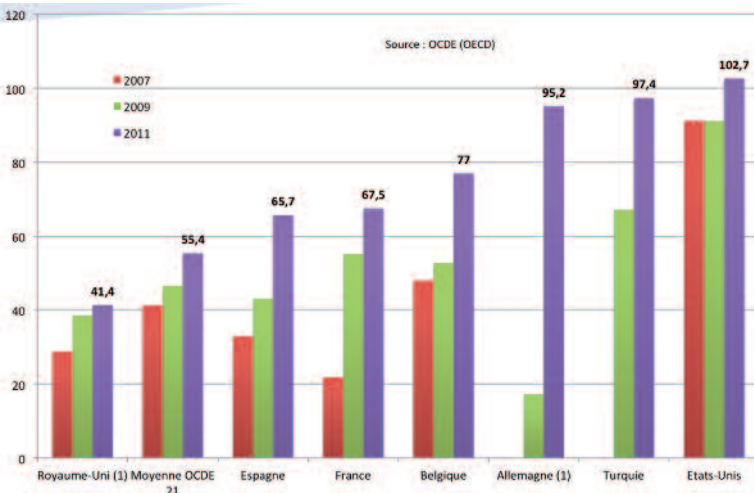


Figure 1 : Nombre d'examen d'IRM pour 1000 habitants

Un taux d'équipement inférieur à celui des autres pays n'empêche pas la France de réaliser plus d'examen de scanner par tranche de 1000 habitants que la moyenne des pays de l'OCDE⁸ et de l'Allemagne.

Pour les IRM, au début des années 1990, le nombre d'examen, par millier d'habitants, était inférieur à la moyenne de l'OCDE. Depuis, la France a rattrapé son retard avec un niveau supérieur à la moyenne. Le constat est donc une plus forte "productivité" de ces équipements en France.

Le développement de l'imagerie, du point de vue des administrations de tutelles, passe par la productivité. Mais il faut s'entendre sur ce que recouvre ce terme. Pour les

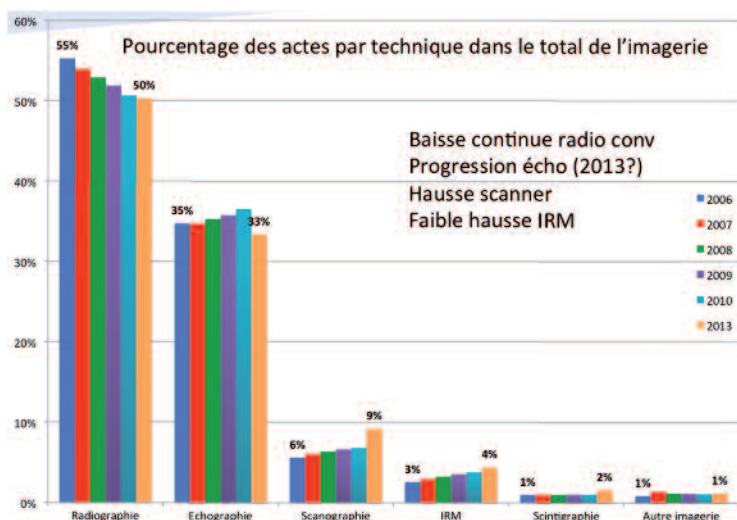


Figure 2 : Evolution du nombre des actes d'imagerie par technique (en %)

⁸ Organisation de Coopération et de Développement Economique

tutelles, les temps de passage pour un examen d'imagerie se sont réduits ces dernières années. Il est donc possible de faire plus d'examen ce qui devrait permettre de réduire les tarifs. Si cette baisse du temps de passage en machine est une réalité pour le scanner et l'IRM, il faut tenir compte du nombre d'images produites par examen qui a été multiplié par dix. L'examen d'imagerie ne se réduit pas au temps de passage. Il comprend aussi la préparation du patient, la lecture des images, le diagnostic, la rédaction du compte rendu, la présentation du diagnostic au patient, etc. Le temps médecin, pour un examen d'imagerie en coupe, s'est donc rallongé.

S'il y a productivité, elle n'est pas dans l'examen mais dans l'organisation des cabinets de radiologie.

Concernant les données de l'activité d'imagerie, il faut noter que les paiements reposent principalement sur une rémunération à l'acte avec des forfaitisations de procédures. Les forfaits techniques représentent un autre mode de financement qui couvre l'amortissement de la machine. Les nouveaux modes de rémunération prévus par la convention médicale ne s'appliquent pas à l'imagerie actuellement.

Les tarifs sont, en partie, conditionnés par les charges de la spécialité. Sur ce point, le désaccord est complet entre l'assurance maladie et d'autres sources d'information.

L'évolution en volume de l'activité de l'imagerie médicale montre un recul de son poids dans le total des actes techniques. Elle représente néanmoins près de 50% des actes en CCAM. Le mouvement est similaire pour la part de l'imagerie dans le total des remboursements.

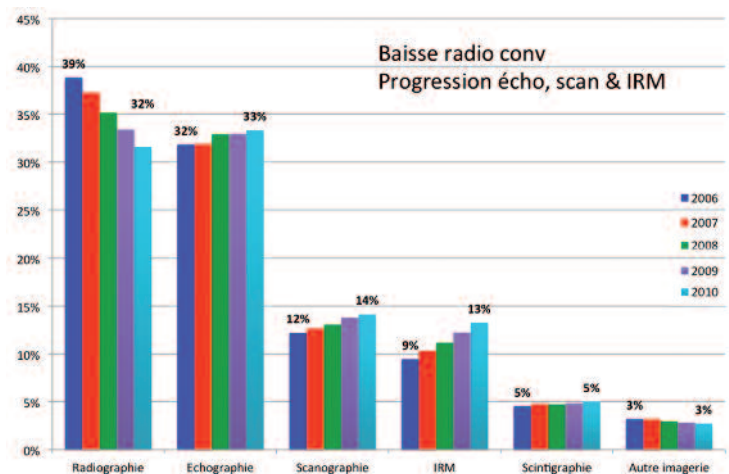


Figure 3 : % des remboursements par technique dans le total de l'imagerie

On observe cependant, une hausse des dépenses d'échographie et d'imagerie en coupe. Il est à noter que pour l'échographie, les non radiologues en réalisent environ la moitié avec des actes dont le coût moyen est plus élevé que celui des échographies réalisées par les radiologues. Ce constat est le résultat d'une étude publiée par la FNMR à

partir de données de la CNAM qui ne sont plus disponibles aujourd'hui.

Au sein de l'imagerie, la radiologie conventionnelle est en baisse continue depuis 2006, pour représenter moins de la moitié de l'activité en volume de la spécialité. Le corollaire est une progression de l'échographie, une hausse de l'imagerie en coupe mais, sans surprise, plus importante pour le scanner que pour l'IRM. L'évolution est identique pour les remboursements mais avec une chute plus forte pour la radiologie conventionnelle.

Enfin, le coût moyen de l'acte par technique reste relativement stable de 2006 à 2010, de 66 à 67 euros.

Ces évolutions sont la conséquence des mesures d'économies prises depuis 2007.

La baisse d'activité en radiologie conventionnelle semble initier l'amorce d'une substitution vers l'imagerie en coupe, principalement du scanner alors qu'en Allemagne c'est aussi au bénéfice de l'IRM.

Pour réaliser des économies, il y a deux approches, celle des tutelles, qui privilégient des baisses tarifaires pour tenter de contrôler l'évolution des volumes et celle médicale, qui veut favoriser les bonnes pratiques, limiter les examens redondants et substituer, selon les indications, les techniques non invasives comme l'I.R.M. ou la radiologie interventionnelle.

En conclusion, l'évolution en volume est contenue mais se poursuit en raison du vieillissement de la population et du développement des techniques élargissant le champ des indications.

La comparaison des activités, selon les spécialités, semble indiquer que la croissance des actes d'imagerie est moins forte pour les radiologues que pour les autres spécialités, qui peuvent être auto-prescriptrices.

Les mesures d'économies de l'Assurance maladie, pratiquées depuis des années, pour tenter de limiter les volumes ont un effet sur le maillage territorial. Il y a une baisse de la densité des médecins radiologues très inégale.

La substitution entre techniques d'imagerie est engagée mais à un rythme modéré, notamment pour l'I.R.M.

La substitution avec des actes d'autres spécialités, comme la chirurgie, reste marginale. La fongibilité des enveloppes est posée. Cela permettrait que les économies réalisées financent les activités qui favorisent ces économies. C'est le cercle vertueux.

L'absence d'étude sur la substitution, les examens redondants et la téléradiologie, ne permet pas un pilotage éclairé de l'imagerie et ne laisse que la régulation par les volumes comme moyen d'intervention. Le modèle de financement actuel ne favorise pas la qualité, ni l'innovation et sa diffusion au service du patient.

Les outils de la profession

Retour sur 35 ans de radiologie (R. Lavayssière)



Dr Robert Lavayssière

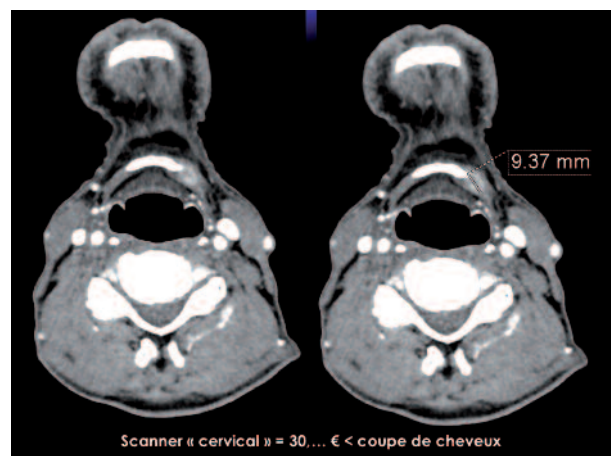
Si les médecins radiologues utilisent des machines, ils sont avant tout des médecins ce qui justifie de s'intéresser à leur exercice médical autour de quatre idées :

- La vie réelle du médecin radiologue.
- La phase de "gros temps".
- L'obésité administrative.
- L'entropie du système de santé.

La vie réelle d'un médecin radiologue.

C'est le cas d'un patient examiné il y a quelques années pour un cancer de l'oropharynx et revu très récemment pour une lésion de la pyramide nasale avec une ordonnance de scanner cervicothoracique, émanant d'un centre de cancérologie très prestigieux. Il n'y a pas d'information clinique, pas de dossier. Le patient a eu sept interventions de chirurgie plastique pour réparer sa pyramide nasale envahie par la tumeur.

Au cours de l'entretien, le patient signale un point douloureux. La recherche permet de détecter une localisation non visible sur les examens précédents archivés. Une ponction guidée par échographie confirme immédiatement la récurrence de son premier cancer épidermoïde.



Dans la chaîne de soins, cet exemple démontre **l'importance de la relation du médecin avec son malade, du temps médecin consacré à l'acte d'imagerie lui-même** et le fait que le médecin ne peut pas être remplacé par une forme de téléradiologie telle que l'on voudrait l'imposer, sans interface. L'exemple montre également l'efficacité de la médecine

moderne ambulatoire par le biais de l'imagerie, avec un contact direct indispensable, l'efficacité médicale, mais également économique, qui évite les redondances.

La phase de "gros temps".

Comment est-on arrivé en France à la question volume-prix ? En France, les prix, en euros constants, sont plutôt en baisse alors que les volumes augmentent. La radiologie, aussi bien libérale qu'hospitalière, traverse une phase de "gros temps" avec diverses mesures tarifaires comme la décote des associations d'actes ou la suppression du supplément d'injection ou encore des baisses de forfaits techniques.

Comme aux États-Unis, l'imagerie en coupe a été la cible alors qu'elle est l'imagerie d'avenir.

La FNMR a su réagir en négociant des plans pluriannuels, mais l'Etat conserve le pouvoir de décider unilatéralement de nouvelles mesures comme lors de la publication au Journal Officiel de la modification des dates d'application des baisses de forfaits techniques d'IRM prévues au 1^{er} juillet et avancées au 1^{er} janvier. La gestion d'un cabinet, d'un centre d'imagerie et d'équipements lourds n'est pas compatible avec ces modalités d'action en l'absence de visibilité.

Certains proposent comme remède l'industrialisation de l'imagerie. C'est sûrement faisable, mais pas dans une logique médicale, puisqu'il y a une déconnexion certaine entre le service médical rendu, le temps de travail qui correspond, les charges, les responsabilités dont on oublie de parler trop souvent et la valeur monétaire. Il y a un découplage certain entre la valeur médicale des actes et la valeur monétaire qui leur est affectée.

La plupart des radiologues ont adopté diverses contre-mesures comme la comptabilité analytique/gestion, la rationalisation, la réduction des dépenses et des investissements, une meilleure gestion de la qualité par le système de labellisation, Labelix, qui débouchera ultérieurement sur une certification.

Ce label permet d'améliorer le fonctionnement des services et de donner une crédibilité à l'extérieur, mais la démarche coûte extrêmement cher et n'est pas valorisée.

La même logique "d'industrialisation" peut conduire à la suppression, dans certains établissements, selon des critères purement économiques des activités dites non rentables, mais pas forcément inutiles médicalement.

Un des effets de cette pression économique a été le regroupement de certaines structures, particulièrement difficile dans certaines régions, mais aussi la fermeture ou l'extinction naturelle par manque de successeur.

⁹ Pôles sectoriels d'imagerie médicale

¹⁰ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

¹¹ Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

¹² Classification Commune des Actes Médicaux

Gros temps

« Industrialisez vous » !

JEAN-MARIE LE GUEN
Sauvons notre Santé...
avant qu'il ne soit trop tard

Solution palliative...

Déconnexion entre

- SMR
- Temps de travail
- Charges
- Responsabilités

et valeur « monétaire »...

Radiographie pulmonaire : 24 €

Dans certains endroits, il y a eu des regroupements publics/privés dans l'esprit des POSIM ⁹ proposés par le Conseil professionnel de la radiologie, mais ce sont des expériences, pour l'instant, très limitées, qui tiennent avant tout à des facteurs locaux et à l'entente entre individus plutôt qu'à une volonté administrative.

Les administrations libérales ou hospitalières ont fait des économies en transférant un certain nombre de tâches non médicales aux médecins, en particulier avec la reconnaissance vocale dans la rédaction des comptes rendus. Il en résulte une charge de travail explosive, avec un effet volume, un besoin de productivité et une demande croissante, dans la quantité et dans la qualité.

L'obésité administrative.

La France est caractérisée par un grand nombre d'agences y compris une agence nationale pour l'amélioration de la performance ! Dans ce paysage, il est difficile de déterminer les détenteurs du pouvoir.

Le poids des contraintes réglementaires augmente tous les jours. L'ONDAM ¹⁰, les baisses tarifaires ciblées, les MIGAC ¹¹ orientées à 99% vers le public montrent l'inégalité de traitement entre les secteurs public et privé.

L'entropie du système

La CCAM ¹² a révélé les limites du système. C'est l'importation d'une idée des États-Unis mise « à la sauce française » pour aboutir à un simple outil de mesure de l'activité.

Ce système a nécessité beaucoup d'énergie pour aboutir à un immobilisme total. Il y a eu très peu d'adjonction ou de suppression d'actes. Il est marqué par une obsolescence rapide. Il ignore des pans entiers de l'activité radiologique, notamment de la radiologie interventionnelle, alors que la France a une véritable expertise dans ce domaine.

La pratique de l'imagerie a évolué mais certains éléments ne sont pas pris en compte, comme le coût réel de la pratique, les dossiers lourds, la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire, les consultations d'annonce et le suivi des dossiers.

Quels outils pour demain ? (C. Delgoffe)

L'imagerie médicale représente une part importante des dépenses de santé. De ce fait, elle devra, de plus en plus, rendre des comptes sur son efficacité et sa pertinence.

Il y a une pression de la demande car l'imagerie est victime de son succès. Le contrôle des dépenses se fait par l'économie de moyens. L'État baisse les prix et contrôle les autorisations



Dr Christian Delgoffe

Le contrôle par l'amélioration de l'efficacité de la pertinence permet une meilleure coordination et une graduation raisonnée des examens. Les outils et les systèmes d'information existent, il suffit de les mettre en œuvre. C'est ce que C Delgoffe expose à partir de l'expérience du réseau auquel il participe dans l'est de la France.

Une révolution est en cours, c'est une nouvelle économie de l'information. Elle est décentralisée, transversale, basée sur le contrat, collaborative, de bas en haut, aux antipodes du modèle français qui est centralisé, hiérarchisé, étatique basé sur la loi, autoritaire, de haut en bas.

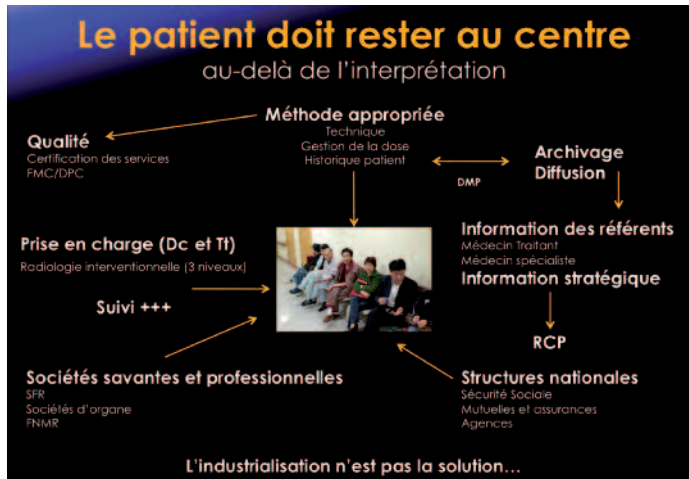
Mais parler en France d'hôpital/entreprise et de la santé comme d'une industrie est un tabou. Pourtant, la recherche de l'efficacité est un objectif commun. Elle passe par l'amélioration de différents points, le prix, le délai et la qualité.

A) Le prix a trois composantes : le prix de l'acte intellectuel, celui du forfait et celui du parcours de soins.

1. Le prix de l'acte intellectuel. La nomenclature des actes est administrée avec pour objectif principal la réduction des coûts. Mais elle ne tient pas compte de la complexité : cancérologie compliquée, vasculaire et cœur reconstructions diverses, IRM multi séquences viscérales.
2. Le prix du forfait technique. Il est administré, subit des baisses régulières y compris en cours d'amortissement ce qui n'est pas gérable.
3. Le prix du parcours de soins. L'intégration par les payeurs du coût par pathologie permettrait d'avoir une vision globale de l'efficacité des structures et des parcours de soins des malades. L'organisation du parcours est marquée par la myriade de caisses primaires, complémentaires et autres caisses diverses (plusieurs centaines à gérer par cabinet).

Certains éléments ne sont pas pris en compte dans les tarifs :

1. Les RCP en cancérologie, lieux de coordination et d'échange.
2. Le temps de l'acte médical radio clinique qui reste un acte entre un patient et un médecin.



Pour les équipements, le 3^{ème} plan cancer fixe des objectifs d'IRM à cinq ans qui entérine le retard de notre pays sur ses voisins, y compris la Turquie. Il a fallu dix ans pour que la mammographie numérique soit introduite dans la pratique effective en 2010.

L'entropie du système de santé.

Ce système génère une inertie considérable et l'on aboutit à une entropie qui sera bientôt à son maximum. La conséquence, sur le terrain, est une dégradation progressive de tous les maillons chirurgicaux et radiologiques. Par exemple, dans le Val-d'Oise, le temps moyen d'accès au traitement d'un cancer diagnostiqué sur une mammographie classée ACR 4 est de 82 jours, ce qui est énorme.

L'efficacité du secteur libéral se vérifie tous les jours sur le terrain, c'est une chance pour la société qu'il faut savoir défendre. Le patient doit rester au centre.

Le médecin radiologue doit choisir la méthode appropriée, la technique, la gestion de la dose, tenir compte de l'historique du patient, appliquer la qualité, archiver le système, informer les référents, délivrer une information stratégique claire utilisable par le correspondant, participer aux réunions de concertation, informer aussi les structures nationales.

On ne peut nier le rôle fondamental des sociétés savantes et professionnelles car l'industrialisation n'est pas la solution. Comment en sortir ? Il faut restaurer la confiance, instaurer un pacte de responsabilité, revenir à une évaluation économique sincère, offrir une visibilité suffisante, responsabiliser les acteurs et les patients, envisager une définition du système assurantiel, offrir une tarification qui soit en rapport avec la valeur des actes dans l'échelle des services, qu'il y ait une vraie valeur ajoutée, assurer la place du médecin radiologue dans le parcours de soins.

3. Il y a un paradoxe entre les normes qualité et de sécurité qui augmentent et un acte qui se dévalorise régulièrement.

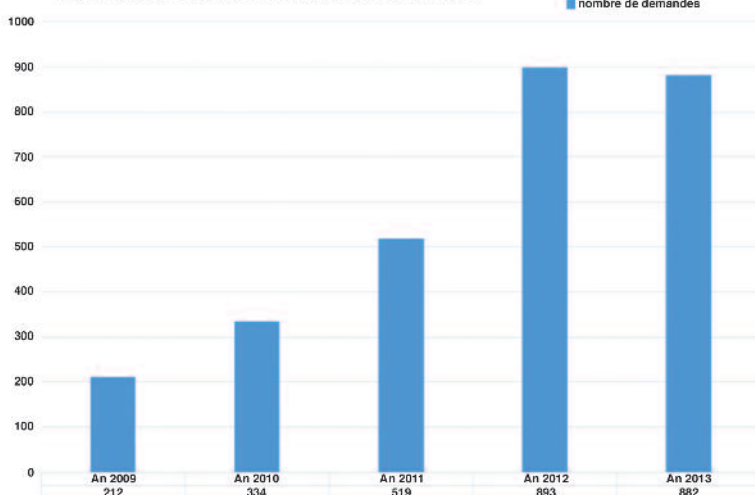


4. La formation des radiologues, qui sont majoritairement en secteur 1.
5. La course à l'acte fait courir des risques aux patients, car il y a des lésions concomitantes non vues, des lésions sans lien avec la pathologie étudiée. La dégradation du prix dégrade la qualité alors que c'est pourtant une plus value de la vision radiologique.

En résumé, « **le bâton et la contrainte** » sont le moyen de fonctionner plutôt que la valorisation de la vertu.

B) Le délai. La réactivité, la souplesse, l'accessibilité sont des caractères reconnus aux libéraux. Cependant, si l'informatique accélère le parcours de soins elle ne remplacera pas les relations humaines. Le rôle du radiologue est de vérifier la pertinence de l'examen et aussi d'informer les patients. Les radiologues libéraux essaient d'assumer la médicalisation de la pression des examens mais cela prend forcément du temps.

EVOLUTION DES DEMANDES D'EXAMENS INFORMATISÉES



Le système d'information mis en place dans le réseau a permis de mener une étude sur différents critères. Les indicateurs de conformité permettent de constater que le seul point qui peut poser problème est la date de naissance du patient retrouvé avec la carte de sécurité sociale. L'étude montre aussi qu'il y a très peu d'examens vraiment inutiles en scanner et en IRM (0,75%).

Les outils informatiques de communication accélèrent la vitesse et la pertinence des soins, cela concerne :

1. Les demandes d'examen mais la demande informatisée d'examen nécessite du temps pour que les correspondants se l'approprient.
2. L'accès rapide aux antécédents, essentiel pour la pertinence et pour éviter les redondances. La comparaison se fait dans 34% des examens.
3. La communication des résultats, très rapidement de façon sécurisée (près de 8 000 comptes rendus cryptés par mois).

C) La qualité comporte deux axes : l'acte et l'organisation.

Pour la qualité de l'acte, alors qu'il a fallu dix ans pour passer à la mammographie numérique, combien de temps faudra-t-il pour utiliser les outils de communication modernes et faire disparaître le CDROM ?

La qualité de l'acte se mesure à de nombreux paramètres :

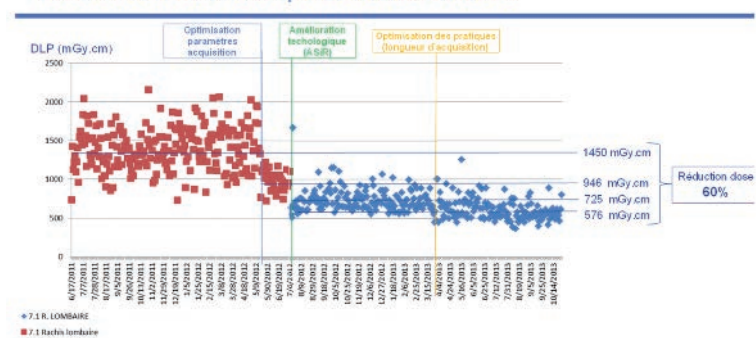
- La qualité des protocoles utilisés,
- La sécurité des pratiques avec la préservation néphronique et la radioprotection,
- La qualité et la quantité des formations des radiologues,
- Le degré de confiance des chirurgiens ou des spécialistes d'organe, donc le jugement des pairs car **la radiologie s'exerce sous le regard des autres**. Il est facile aujourd'hui de relire un examen réalisé et de le critiquer. La double lecture est d'ailleurs un progrès institutionnalisé en dépistage de mammographie.

La méthode radio clinique est une spécificité française, le radiologue est un médecin avant tout.

Imaging 3.0 n'est que la médicalisation de la pratique radiologique aux États-Unis. Cette volonté de l'ACR de valoriser une imagerie au cœur de la clinique et du parcours de soin ne peut que satisfaire les radiologues français.

Quand on mesure, on progresse, c'est ce qui justifie la mise en place d'un outil de surveillance des doses délivrées lors d'un scanner rachidien. Les données fournies par cet outil ont conduit à des baisses considérables de doses, puis à l'achat d'un scanner permettant de réduire les doses. Pour faire encore mieux, la taille de l'exploration du rachis lombaire a été diminuée. Au final, les doses ont été réduites de 60%.

Résultats obtenus : exemple du Rachis Lombaire



Quand on mesure, on progresse !!

Les réseaux en imagerie permettent la mutualisation d'outils, RIS et PACS, autour de l'identifiant unique du patient. Un dossier patient avec identifiant unique permet l'accès à son historique, de comparer les images, surveiller l'évolution et maîtriser les doses d'exposition, l'absence de redondances et la pertinence de la réponse.

Une telle mutualisation au service des patients n'est absolument pas valorisée car le forfait archivage ne concerne que le scanner et l'IRM. Les cabinets participants le font donc sur leurs fonds propres. Le réseau comprend dix groupes de radiologues qui sont sur le même système d'information avec une mutualisation des coûts, une gestion collective en fonction de l'utilisation permettant des investissements de haut niveau pour la sécurité, les serveurs et les accès (redondances, sécurité électrique, sécurité incendie, etc.). Le système a traité 457 000 dossiers en 2013, près de 1500 dossiers par jour, 41% en radiologie conventionnelle, 8% pour le sein, 16% pour le scanner et 8% pour l'I.R.M.

Le parcours reste incomplet car il persiste une rupture entre le secteur privé ambulatoire et le secteur hospitalier public, puisque les systèmes ne communiquent pas.

Le comportement médical vertueux est-il contre productif ?

Malheureusement, la réponse est positive. Celui qui consulte les antécédents, l'historique et vérifie la question posée, celui qui fait des actes compliqués, des reconstructions complexes et des efforts de présentation du résultat pour être réutilisable en cas de suivi, celui qui veut expliquer, qui essaie de raccourcir le parcours du patient, qui se soucie de la radioprotection, celui qui se rend disponible pour rendre pertinent l'examen, celui-ci risque le burn-out sous la pression croissante des actes à réaliser de plus en plus vite.

Ces constats sont partagés par tous les radiologues, privés ou publics, mais l'impact est plus sensible en privé car la pression économique y est plus grande.

La qualité de l'organisation

Que vaut la qualité d'un acte si l'organisation médicale n'est pas adéquate ? Les évaluations, les audits, avec des contrôles indépendants des parties ne sont pas dans la culture du monde de la médecine. Des événements graves de santé publique comme le sang contaminé, le Médiateur, les irradiations rappellent la nécessité de l'instauration de systèmes qualité. Ils doivent être pertinents, efficaces tout en sachant éviter de nouvelles lourdeurs administratives.

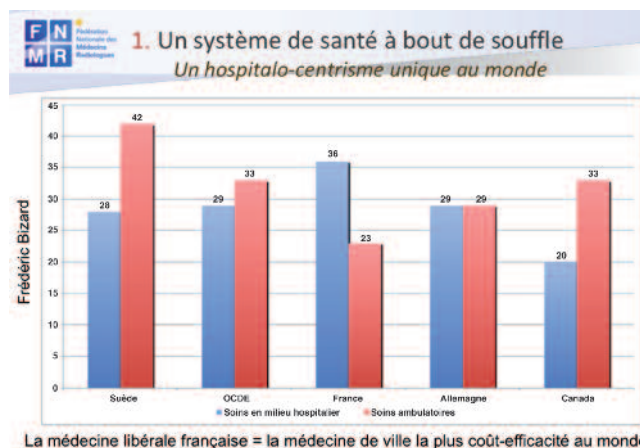
Les outils, les normes et les acteurs existent : l'AFNOR ¹³, le COFRAC ¹⁴, l'AFAQ ¹⁵, normes ISO ¹⁶, la HAS ¹⁷, etc.

Citons aussi Labelix, initié par la FNMR qui est le label de la profession fondé sur ISO. C'est une démarche volontaire qui

progresses dans la profession elle est à saluer et à valoriser. L'informatique aide à structurer la documentation, les procédures, le bouclage qualité, la traçabilité des événements indésirables et le suivi d'indicateurs sans frontière privé/public. C'est un atout dans l'organisation de l'imagerie.

Il faut aussi que l'organisation territoriale s'engage dans la qualité.

La région est pertinente car l'ARS ¹⁸ est la tutelle régionale du public, du privé et du médicosocial. Les GCS ¹⁹ peuvent être un des moyens possible de restructuration et de mise en œuvre de collaborations. Le leadership radiologique pourrait y être structurant car le dossier radiologique patient pourrait préfigurer le dossier médical.



La médecine libérale française = la médecine de ville la plus coût-efficacité au monde

Il y a des résistances au développement des GCS de la part de grands acteurs régionaux. De plus, le SROS ²⁰, qui est un outil d'organisation régionale, est plus administratif qu'opérationnel. Il y a aussi une volonté monopolistique de tout faire tourner autour de l'hôpital. L'hospitalo-centrisme témoigne d'un manque de confiance, qui ne se rétablira pas par la contrainte ni par l'obéissance à des normes de plus en plus nombreuses. **La confiance se construit et se prouve par rapport à des règles partagées et sur des engagements tenus dans des contrats. Elle se prouve par des actes et des données objectives mesurables et reproductibles.**

Il faudrait centrer tous les outils sur le service rendu au patient, avec son identification précise, qui doit être la priorité. Le moyen existe déjà, c'est le numéro INSEE, mais la CNIL ²¹ refuse son utilisation. C'est pourtant essentiel car le parcours du patient est transversal, il passe par les institutions et les systèmes de soins variés, libéral, privé, public, médico-social. Le dossier patient est une bonne idée qui n'aboutit pas car il n'est pas construit au service des acteurs ni des patients. L'évolution collaborative est inéluctable car l'information circule et laisse des traces, l'enrichissant de nouvelles données. Elle oblige à juger sur des faits concrets, sur des preuves. Elle oblige à s'adapter sur des arguments objectifs.

¹³ Association française de normalisation

¹⁴ Comité français d'accréditation

¹⁵ Association française pour l'amélioration et le management de la qualité

¹⁶ International organization for standardization – Organisation internationale de normalisation

¹⁷ Haute autorité de santé

¹⁸ Agence régionale de santé

¹⁹ Groupement de coopération sanitaire

²⁰ Schéma régional d'organisation des soins

²¹ Commission nationale de l'informatique et des libertés

Quelles perspectives pour l'imagerie médicale ?

Les innovations technologiques (J.-C. Delesalle)



Dr Jean-Christophe Delesalle

Mise en perspectives :

Par rapport à la France, les États-Unis ont une population cinq fois plus importante, un PIB largement supérieur, une démographie médicale encore plus défavorable, une part d'hospitalisation moitié moindre, pour des dépenses de santé presque deux fois supérieures aux nôtres. Dans notre pays, trois-quarts des dépenses de santé sont publiques contre moins de la moitié aux États-Unis.

En France, les projections démographiques indiquent qu'en 2035 un tiers de la population aura plus de 60 ans et 14% plus de 75 ans, ce qui entraînera dépendances et pathologies chroniques lourdes. Le nombre de patients en ALD ²², pour l'année 2010, est de 9 millions, soit 63 % des dépenses d'assurance maladie. Ils devraient y avoir 12 millions d'ALD en 2020, représentant 75% des dépenses.

Avec les progrès thérapeutiques et l'amélioration de l'espérance de vie, le système de santé est passé d'un modèle de risque court à un modèle du risque long.

Pour le cancer, 2,4 millions d'individus ont été touchés en 2011, soit 4,1% de la population et 10,5% des dépenses.

Les projections, à 2030, indiquent un taux d'augmentation de 75 %.

Le Plan Cancer 3 a ouvert ou remis à l'ordre du jour des pistes :

- Pour le dépistage du cancer du sein, c'est le suivi adapté au risque individuel, la prise en charge d'examen complémentaires, notamment l'échographie, la dématérialisation des examens et le développement de technologies d'avenir, par exemple, la tomosynthèse.
- La substitution de l'imagerie exposant aux rayonnements ionisants.
- La réduction des délais de RDV d'IRM.
- Le développement et l'organisation de la radiologie interventionnelle.

Les moyens seront-ils mobilisés pour atteindre ces objectifs ? On peut raisonnablement en douter à la vue des précédents plans de santé publique.

Réduire la problématique de l'accès aux soins et des déserts médicaux à la seule approche géographique (temps d'accès à un professionnel de santé) et populationnelle (densité médicale) qui découlent aussi de l'aménagement du territoire, c'est méconnaître la dimension qualité de la question posée. A quoi bon accéder rapidement à un professionnel de santé si la qualité du service rendu n'est pas au rendez-vous ?

²² Affection de longue durée

Dans un même ordre d'idée, « renoncer » aux soins n'est pas uniquement le fait d'une difficulté subie de coût ou d'accès aux soins, cela peut relever d'un choix personnel volontaire : d'un individu à l'autre (historique santé personnel ou de proches, niveau socio-professionnel etc.), d'une région à l'autre, d'un mode de vie à l'autre (rural ou citadin), la perception de son état de santé, de son existence ou de sa gravité, est extrêmement variable. Entre l'hypochondriaque et celui qui n'a jamais vu un médecin de sa vie, il y a aussi une place pour le refus militant (campagnes anti-vaccinations, anti-dépistage du cancer du sein etc.)

Imaging 3.0 permet de passer d'une pratique basée sur la croissance endémique des volumes à une pratique axée sur la valeur ajoutée médico-économique de l'acte radiologique, sur la base de sa pertinence, de son efficacité, de la sécurité et de la qualité. C'est un plaidoyer afin d'harmoniser les pratiques des décideurs, des correspondants, de valoriser et de responsabiliser les patients.

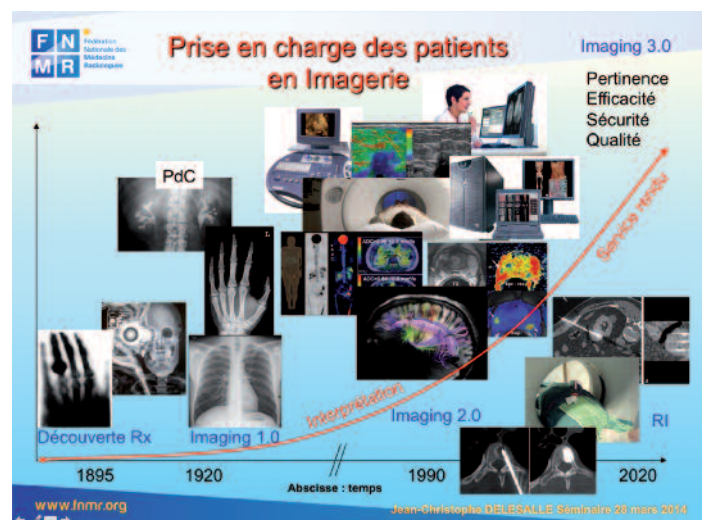
Qui est concerné ? Les radiologues, les correspondants, les patients et les tutelles.

Les objectifs sont :

- Le retour d'informations.
- L'accès à l'historique des patients.
- La prise de décisions multidisciplinaires.

Le développement d'Internet a changé les relations médecins/patient, qui sont mieux informés et très demandeurs. Le risque médico-légal est en pleine croissance et les correspondants demandent à avoir accès aux meilleures technologies.

La courbe de la prise en charge des patients en imagerie est exponentielle depuis 130 ans. Dans un premier temps, les radiologues ont été considérés comme des photographes. Il y a eu ensuite le développement de la radiologie conventionnelle et les produits de contraste, puis l'explosion technologique avec Imaging 2.0 et, pour objectif d'Imaging 3.0, la pertinence, l'efficacité, la sécurité et la qualité, pour passer de l'interprétation au service rendu.



Quel sera l'arsenal technologique ?

Il y a les molécules et les traceurs, les équipements qui génèrent et traitent le signal, les logiciels pour visualiser, traiter et sauvegarder l'image, les PACS et le matériel connexe [...] qui permet d'améliorer la sécurité et le confort des patients.

Les différents types d'imagerie peuvent être répartis en trois domaines : l'imagerie structurelle, fonctionnelle et interventionnelle, avec comme modalités; les rayons X, les champs magnétiques et les ultrasons. Le tout permet de balayer l'ensemble de la pathologie médicale.

Choix de la modalité d'Imagerie Médicale ?

3 Paramètres :

- Problème médical posé
- Performance technologique de la modalité
- Disponibilité de la modalité

→ « Pertinence » de l'acte

www.fnmv.org Jean-Christophe DELERALLE Séminaire 23 mars 2014

Le radiologue prend trois paramètres en compte pour le choix de la modalité d'imagerie médicale, le premier est le problème médical posé, le second, la performance technologique de la modalité et le dernier la disponibilité de la modalité. C'est ce qui détermine la pertinence de l'acte. Il n'est cependant pas possible d'envisager le tout « substitution » et la fin de la radiologie conventionnelle. En effet, par exemple, pour l'épaule douloureuse chronique, l'abandon de la radiologie standard fait passer à côté d'informations majeures comme une arthrose évoluée. Dans certains cas, le patient sera susceptible de bénéficier d'une prothèse.

En cas de dépôts calciques, il est possible de faire de la radiologie interventionnelle simple accessible à tous les radiologues en proposant une ponction-lavage-infiltration qui évitera une intervention.

En revanche, si l'épaule est normale en radio, une échographie complémentaire normale orientera vers une IRM, alors que si elle montre une rupture de coiffe, son bilan pré-opératoire sera optimisé par un arthroscanner.

L'I.R.M. sera-t-elle la table télécommandée de demain ? Il

y a trois défis à relever. D'abord, le temps d'examen, trois à quatre par heure, devrait pouvoir être réduit. Le deuxième défi est la résolution spatiale qui n'est pas encore au niveau du scanner. Enfin, le dernier défi concerne la détection des calcifications.

²³ Autorité de sûreté nucléaire

²⁴ Institut de radioprotection et de sécurité nucléaire

Et si un jour... l'Im = Table Télécommandée de demain

Situations de contrainte

3 Défis

- Temps d'Examen (≠ séquences)
- Résolution spatiale
- Détection des calcifications

Etude positionnelle

Epreuve d'effort

www.fnmv.org Jean-Christophe DELERALLE Séminaire 23 mars 2014

Lorsque ces trois défis seront relevés, il sera possible de faire des I.R.M. en situation de contrainte, en position debout, voire même en épreuve d'effort, ce qui permettrait de s'affranchir des rayonnements ionisants.

Quelle sera la prise en charge des patients en imagerie 3.0 ? Il faut opposer l'imagerie comme seule source de dépenses à un concept de pertinence de l'acte au profit de la prise en charge optimale du patient et de la réduction des coûts.

Des freins au développement de l'imagerie.

Le premier qui n'est pas spécifique à notre spécialité, est la démographie des radiologues.

La densité par département est extrêmement hétéroclite, et la tendance baissière est constante quelque soient les hypothèses retenues dans les prochaines années jusqu'à un 2030. Pour endiguer cette décroissance, il faudrait dès maintenant former 1300 postes d'internes sur 5 ans au lieu des 850 actuels (G4N 2013).

Contrairement aux idées reçues, les « gains de productivité » liés aux nouvelles technologies sont au service du patient et non des radiologues :

les temps d'acquisitions réduits (scanner et IRM) ont été mis à profit par les radiologues pour affiner le diagnostic tout en générant un nombre d'images exponentiel, sans réduction des temps de lecture par examen, bien au contraire.

L'exhaustivité des documents numériques transmis oblige le radiologue à utiliser toute la panoplie des outils dont il dispose (obligation de moyens, risque médico-légal). De plus, il y a un temps patient incompressible : installation, désinstallation, préparation (voie veineuse, etc.).

Le temps médical est aussi celui consacré à la formation, au DPC, aux RCP, à la PDES, aux contraintes réglementaires émanant de l'ASN ²³, de l'IRSN ²⁴, du code du travail, les contrôles qualité interne et externe et les contrôles électriques. Il faut également tenir compte des rapports avec les institutionnels, notamment en ce qui concerne les



équipements lourds avec l'ARS, et les autres partenaires, comme l'ARS. Le temps médical comprend aussi l'organisation interne des services en termes de qualité et d'informatique, les rapports avec les fournisseurs, et le temps syndical.

Un frein puissant au développement de l'imagerie moderne réside dans le régime d'autorisation des équipements lourds (EML). La décentralisation, via les ARH²⁵ puis les ARS, s'est faite en plusieurs étapes, scanner en 1993, IRM en 2001, petscan en 2006, IRM en 2011. Les critères retenus datent d'une circulaire, toujours en vigueur, d'avril 2002 et sont définis comme une réponse appropriée aux besoins de la population, à un accès pour tous les professionnels, pour favoriser les regroupements en termes d'équipements et de ressources humaines et encourager la substitution.

Le seul objectif atteint, d'après un rapport de la Cour des Comptes de 2010, a été de contenir les dépenses par le biais des baisses de forfaits techniques. Les objectifs sanitaires, en termes de répartition et de fonctionnement de ces équipements, n'ont pas été tenus.

Un autre problème concerne l'opacité de l'activité des centres hospitaliers (facturation en bloc des actes EML par l'assurance maladie pour les externes, et T2A-GHS pour les hospitalisés) qui s'oppose à la transparence de la CCAM des libéraux.

Les délais de rendez-vous en IRM restent prohibitifs malgré l'augmentation du parc et les différents plans de santé publique (Cancer, Alzheimer, AVC, etc.).

La conséquence de tous ces freins est un sous-équipement, en France, en scanners et I.R.M.

Il y a très peu de constructeurs, donc peu de concurrence et des coûts élevés, tant à l'achat qu'à la maintenance de ces équipements. Du point de vue des acheteurs et des utilisateurs d'équipements, le marché est très segmenté, centré sur le haut de gamme, sans prendre en compte le juste besoin, sans mutualisation. Le projet professionnel commun peut remédier à cette situation dans l'avenir.

²⁵ Agences régionale de l'hospitalisation

²⁶ Rémunération sur objectif de santé publique inscrit dans la convention médicale

La nomenclature est peu évolutive. Il est très difficile de faire inscrire un nouvel acte ou d'en revaloriser. En revanche, les baisses tarifaires décidées par les tutelles sont d'application quasi immédiate.

Les freins au développement de la radiologie interventionnelle sont un cas d'école qui cumule tous les facteurs : démographie insuffisante, éventuellement déficit de formation dans certaines régions, problème de maillage territorial et d'acteurs en nombre suffisant pour la PDES, activité chronophage, matériel couteux mais pas de tarification.

De quels outils dispose-t-on ?

Il sont nombreux et de qualité : la formation initiale, et la formation continue avec FORCOMED, le guide du bon usage à destination des correspondants, la téléradiologie et la diffusion de l'information vis-à-vis des patients et des correspondants par l'intermédiaire des nouveaux outils Web, les outils qualité avec la labellisation/certification, la mutualisation des équipements avec le regroupement des structures libérales et le projet professionnel commun, en veillant à conserver le maillage territorial.

Sur le plan tarifaire, quelques pistes peuvent être proposées :

- Promouvoir, via la convention médicale, l'usage du guide du bon usage des examens de radiologie auprès des correspondants et l'intégrer dans le ROSP²⁶.
- Favoriser la consultation d'imagerie médicale, la diffusion de l'information (CR et images), la mise en place des démarches qualité.
- Faciliter le régime des autorisations sur la base d'une véritable évaluation des besoins, de l'activité existante et de la démographie médicale.
- Fluidifier le circuit d'inscription de nouveaux actes, de nouveaux libellés, de changements de libellés à la CCAM pour les nouvelles technologies et la radiologie interventionnelle.
- Développer et simplifier le forfait innovation qui est la possibilité de proposer une tarification temporaire pour une période d'évaluation et de validation d'une technique.
- Former plus d'internes avec des terrains de stage adaptés
- Faciliter les coopérations en termes de structures, de ressources humaines médicales et paramédicales.

En conclusion, l'imagerie médicale du futur doit se concevoir comme un vecteur d'économies de santé en vue d'une médecine personnalisée. Le progrès ne sera réel que s'il est partagé par un maximum de professionnels de santé, pour un plus grand nombre de patients et dans un minimum de temps en termes d'accès et de diffusion des nouvelles technologies.

Quelles perspectives pour l'imagerie médicale ? La démarche qualité (J.-C. Leclerc)



Dr Jean-Charles Leclerc

La démarche d'Imaging 3.0 s'adresse au patient, sur lequel elle doit être centrée, à l'ensemble de la chaîne de soins avec les médecins correspondants, ceux en amont qui adressent le patient au médecin radiologue pour avis, et ceux en aval qui interviennent dans la prise en charge, aux médecins radiologues et aux organismes payeurs.

Dans le cas de l'association mammographie et échographie dans le dépistage organisé du sein, l'assurance maladie a fait un choix qui tourne le dos à la qualité en décidant de décaler l'échographie de 50% pour éviter des taux d'association trop élevés. Le risque est que ceux qui font trop d'échographie continuent de le faire, voire augmentent le nombre d'actes alors que ceux qui ont une pratique vertueuse sont pénalisés.

Comment s'inspirer du projet Imaging 3.0 de l'ACR en France ?

Il faut rassembler les outils déjà existants en les organisant pour faire valoir le rôle central du médecin radiologue dans la prise en charge du patient. Cela passe par la reconnaissance de la valeur ajoutée de l'imagerie médicale. L'apport de la preuve dans les domaines de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient est fondamentale.



Le dépistage organisé du cancer du sein a introduit la culture de la qualité dans la pratique de l'imagerie avec la mise en place de la seconde lecture et l'assurance qualité. La profession a engagé une démarche qualité et dispose d'un outil, Labelix, basé sur un référentiel complet qui couvre l'ensemble de la pratique radiologique orientée sur l'amélioration de la prise en charge du patient. Cet outil permet d'améliorer les pratiques et intègre les indicateurs nécessaires pour apporter la preuve de la qualité.

La radioprotection. En France, les doses sont recueillies mais il y a, au minimum, un problème de transmission à l'IRSN ²⁷. Aux États-Unis, les doses recueillies font l'objet d'une exploitation et de comparaisons nationale et régionale.

²⁷ Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

²⁸ Direction générale de la santé

Cela va bien au delà de la gestion française des NRD, car il y a ensuite une communication vers les professionnels et les patients qui sont de plus en plus concernés par leur exposition. A titre individuel, cette méthode permet de rassurer le patient. Elle montre aussi à la population l'engagement des professionnels. Elle permet aux radiologues de valoriser leur pratique.

En France, cette démarche qualité n'est pas obligatoire. Pourtant, le label Labelix, a été adopté par 120 sites de radiologie. Il devrait être généralisée à l'ensemble de la profession. La démarche a été portée par la FNMR puis par l'ensemble de la profession. L'objectif est d'évoluer vers une procédure de certification de services mais la DGS ²⁸ n'a pas réagi et le label n'est pas encore reconnu. D'autres agences, en revanche, ont manifesté leur intérêt et leur soutien comme l'Autorité de Sûreté Nucléaire.

Aux États-Unis, le « Pinnacle of medical-imaging care » est la reconnaissance de la réputation auprès des patients et des médecins référents. Cela peut prendre la forme de logos affichés dans les centres d'imagerie, qui peuvent en faire la publicité, ce qui est interdit en France.



Il faut également montrer que l'imagerie n'est pas seulement une source de dépenses, mais qu'elle apporte une valeur ajoutée. Pour cela, il faut développer des outils, des études économiques démontrant qu'en faisant le bon examen, la prise en charge des patients dans la filière de soins est améliorée grâce à des diagnostics plus pertinents. Il faut améliorer la prise en charge du patient grâce à la radiologie interventionnelle, qui peut largement contribuer à la maîtrise des coûts par rapport à une chirurgie classique. Il faut renforcer l'efficacité des différents actes, démontrer le service médical rendu de chaque examen, en allant vers des modèles de prise en charge basés sur des soins coordonnés.

Toute une partie d'Imaging 3.0 concerne le rôle du radiologue dans le choix du bon examen d'imagerie à réaliser. Choisir le bon examen, au bon moment, a un impact économique extrêmement fort parce que le patient a, d'emblée, l'examen adapté à sa pathologie.



Cela nécessite d'améliorer la coordination avec le médecin demandeur avec des guides de bonnes pratiques, la formation des médecins demandeurs par les radiologues, des outils d'aide informatisée au choix du bon examen. Sur ce point, les États-Unis sont très en avance avec le logiciel Clinical decision support (CDS) qui permet aux médecins demandeurs de voir, en fonction de la circonstance pathologique, l'examen le plus pertinent à choisir.

Il faut, évidemment, éviter la réalisation d'examens redondants ou inutiles, source de surcoût et d'exposition du patient aux rayonnements ionisants, en développant les outils d'archivage, de consultation d'antériorité et le dossier médical.

Il faut également avancer en matière de substitution. Les radiologues ont un rôle majeur pour la radioprotection en choisissant le bon examen, le bon protocole, en évaluant leurs pratiques et en s'assurant de l'optimisation des doses. Ce rôle est peu reconnu aujourd'hui. Il est aussi limité par les difficultés d'accès à l'ensemble des techniques d'imagerie. En France, le chemin Imaging 2.0 n'est pas encore totalement parcouru car le parc d'IRM est très insuffisant.

Le radiologue doit aussi intervenir en aval, en devenant un consultant qui s'intègre dans la prise en charge du patient, pour proposer des recommandations pour la suite de la prise en charge, avec le développement d'outils informatiques permettant un retour d'information pour vérifier le suivi des recommandations.

L'annonce diagnostique au patient doit aussi faire partie de la formation des radiologues. Les informations communiquées à cette occasion sont, pour lui, le support d'une décision éclairée pour la suite de son parcours de soins. L'accès à son compte rendu et à ses images participe aussi de son information et de sa responsabilisation.

Il faut développer des outils de management et d'organisation de nos structures

- **Amena Hassan. The metamorphosis of a practice. ACR february 2014.** Modèle de développement stratégique. On peut se baser évidemment sur les outils de management de la qualité de Labelix.



- **Alyssa Martino. Partnership for success. ACR august 2013.** Importance d'une stratégie commune entre les différents groupes, pour être crédibles... Parallèle avec nos G4 régionaux pour avoir plus de poids face aux ARS...

Il faut structurer l'offre de soins dans les territoires, par des regroupements, la spécialisation au sein des équipes, le développement des coopérations public-privé, une offre de télé-imagerie sur un territoire particulier. Le rôle des conseils professionnels régionaux (G4) est déterminant sur ces questions.

Les rémunérations

Elles se font principalement par le paiement à l'acte. Faut-il intégrer une part forfaitaire ? Un paiement à la performance ? Le partage des économies réalisées par une technique peut-il être envisagé ?

L'ACR propose plusieurs pistes.

Physician Quality Reporting System (PQRS) Overview

La première est de valoriser la qualité. C'est le programme PQRS où les radiologues qui font remonter certains indicateurs de qualité sont rémunérés. Inversement, ceux qui ne le font pas sont pénalisés financièrement.

Une autre possibilité est l'incitation, ou la pénalité, financière du médecin demandeur.

Dans le cadre de la réforme du système de santé d'Obama, la part de la rémunération à l'acte reste prédominante mais il s'y ajoute une rémunération à la performance sur 33 indicateurs, une part forfaitaire pour les maladies chroniques et une redistribution, aux professionnels de santé, de 50% des économies réalisées.

L'évolution vers Imaging 3.0 permettrait :

- De garantir l'accès à l'imagerie pour les patients avec un maillage territorial suffisant. Elle garantira aussi une prise en charge avec des standards de qualité et de sécurité mesurés et reconnus. Le patient sera mieux reconnu comme acteur de sa santé.
- Le médecin correspondant aurait une meilleure information et une meilleure relation avec le médecin radiologue pour le choix de l'examen à réaliser et un retour d'informations incluant des recommandations pour la prise en charge.
- Le médecin radiologue bénéficierait d'une meilleure intégration dans le parcours de soins.
- Pour les organismes payeurs, cela conduirait à une meilleure utilisation des ressources disponibles.

La démarche qualité est centrale et doit être généralisée.

C'est un pré requis indispensable pour améliorer les pratiques. Elle permettra ensuite d'intégrer les différents outils pour faire évoluer les structures d'imagerie, structurer les relations avec les médecins correspondants et recentrer l'exercice radiologique vers le patient.

Les outils réglementaires (B. Silberman)

La question posée par B. Silberman est : "dispose-t-on des outils réglementaires et conventionnels pour accompagner une démarche vers la valeur ajoutée ?"

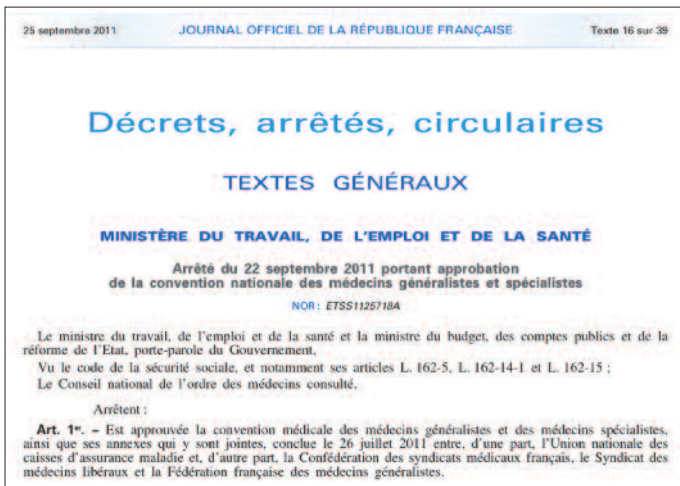


Dr Bruno Silberman

La convention médicale offre plusieurs outils : la consultation, les accords de bon usage des soins (AcBUS), les rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) qui sont, dans le principe, tout à fait adaptable à l'imagerie, ainsi que la classification commune des actes médicaux, (CCAM).

La CCAM comporte, déjà : des actes de dépistage, des actes avec des

notes qui peuvent préciser les conditions de réalisation pour certains des actes, une valorisation des actes d'interprétation long de cancérologie en scanner, des majorations (urgence, enfant,...), l'archivage, la télémedecine, avec le télédiagnostic et la télé expertise, qui n'est pas encore valorisée.



Et il y a enfin la prise en compte du coût de la pratique dans la CCAM.

Concernant les matériels, des outils existent déjà avec l'apposition de la date de mise en service des échographes, un cahier des charges opposables en termes de qualité d'archivage et les forfaits techniques, qui peuvent être aussi des outils d'évolution de l'accompagnement de la valeur ajoutée.

La deuxième lecture, dans le dépistage du cancer du sein, est aussi un outil en termes d'avis à distance et de relecture.

Les outils réglementaires émanent, par définition, de l'Etat et sont mis en œuvre par l'Agence régionale de santé. Parmi ceux-ci, il y a le schéma régional de l'imagerie (SROS) qui est la planification sur cinq ans des autorisations d'imagerie, scanner, I.R.M., TEP et autres ; il y a aussi les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui en découlent après autorisation, qui sont renouvelées tous les cinq ans entre les sites et l'ARS.

Et enfin les missions d'intérêt général (MIG) réservées aux seuls établissements pour accompagner leurs efforts de modernisation, d'évolution et de qualité. Elles financent la qualité et sont un outil de valorisation éventuelle sur un territoire donné.

CHAMTS - CCAM version 2013 applicable au 1er juillet 2013

Code	Texte	Activé	Phase	Tarif (en euro)	Remb. de l'Assur. Maladie	Acces. Praticien	Col. 10	Remb. patient
1	SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME À l'exclusion de : anesthésie postopératoire Par intradural, on entend : dans l'espace subarachnoïdien. Par médullaire anesthésique d'un nerf, on entend : injection d'un agent pharmacologique au contact d'un nerf, par voie transcutanée. Par bloc anesthésique continu d'un nerf, on entend : injection d'un agent pharmacologique au contact d'un nerf avec pose d'un cathéter, par voie transcutanée.							
01.01	ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LE SYSTÈME NERVEUX À l'exclusion de : actes diagnostiques au niveau : - des muscles oculomoteurs de la paupière (cf chapitre 02) - du larynx (cf chapitre 06) - du pénis (cf chapitre 08) - des muscles piriformes (cf chapitre 11) - du diaphragme (cf chapitre 12)							
01.01.01	Explorations électrophysiologiques du système nerveux							
01.01.01.01	Électromyographie (EMG) Facturation : les examens électromyographiques doivent être pratiqués avec un appareil comportant un système d'enregistrement permettant en, différé, une étude qualitative et quantitative							
AHQP001	Électromyographie par électrode de surface, sans enregistrement vidéo	1	0	Non pris en charge				ATM
AHQP002	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo	1	0	Non pris en charge				ATM
AHQ0027	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulo-détection, par électrode aiguille Facturation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	1	0	51,84				ATM
AHQ0305	Électromyographie de 1 ou 2 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulo-détection, par électrode aiguille Facturation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	1	0	95,40				ATM
AHQ0304	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort sans stimulo-détection, par électrode aiguille Facturation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	1	0	59,36				ATM
AHQ0304	Électromyographie de 3 à 6 muscles striés au repos et à l'effort avec stimulo-détection, par électrode aiguille Facturation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale	1	0	59,36				ATM

Ces éléments réglementaires peuvent être utilisés pour accompagner une démarche de valeur ajoutée. Mais ils pourraient aussi servir à une démarche plus contraignante.

Les nouveaux modes de rémunération (NMR) sont utilisés pour les médecins traitants ou de premier recours. Ils concernent des projets médicaux ou des dossiers partagés, des projets de coordination et d'accessibilité.

Le fonds d'intervention régional (FIR) est l'outil du passage des financements entre les enveloppes. Il concerne les radiologues puisqu'il comprend notamment la permanence des soins (PDS), la prise en charge de réunions de consultation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP).

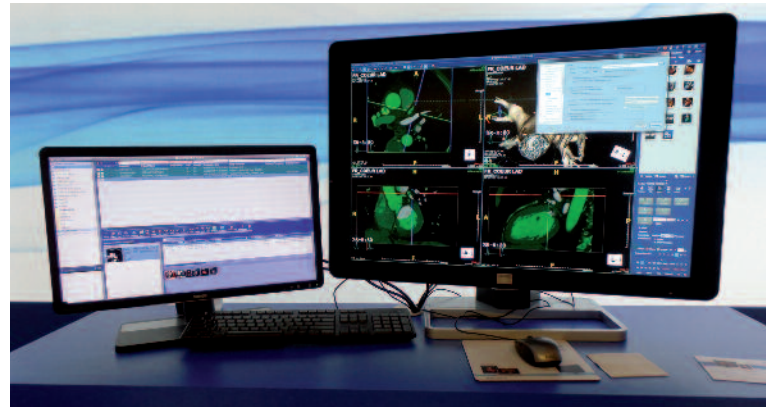
Le schéma régional de l'orientation et du financement des systèmes d'information concerne l'archivage, les PACS, les échanges et la télémedecine.

La T2A en établissement s'applique plus particulièrement à la radiologie interventionnelle, avec la problématique des actes classants et la prise en compte ou non des matériels coûteux.

Quelques pistes pour utiliser ces outils, au-delà de ce qui ce fait déjà, pour valoriser le rôle du médecin radiologue ?

Il faut se situer avant, pendant et après la réalisation de l'acte.

Avant la réalisation d'un acte :



Le patient arrive au cabinet avec une lettre du médecin correspondant qui n'est pas une prescription car **la radiologie est une discipline clinique. Elle est exercée par des médecins qui recourent à l'imagerie.**

Le médecin radiologue rencontre le patient, valide ou non la demande d'examen par :

- Une orientation vers le dépistage qui pourrait relever soit du ROSP ou du C.
- La non réalisation d'examen inapproprié : C2.
- La réalisation du bon examen : ROSP, C2 en cas de dossier complexe.
- Le guide du bon usage, référentiel de bonne pratique : ROSP.
- La justification et la radioprotection : ROSP, pour voir si l'examen est justifié par rapport aux enjeux de radioprotection.

Plus en amont, avant que le patient ne se présente, il y a les discussions interdisciplinaires où les médecins radiologues sont très présents. Elles sont très fréquentes avec les correspondants habituels demandeurs d'examen (coordination) et peuvent entrer dans les nouveaux modes de rémunération, puisque l'on est dans l'organisation des soins coordonnée.

Il y a aussi la RCP déjà formalisée, les staff interdisciplinaires par discipline d'organe, le dialogue avec nos confrères urgentistes pour établir des procédures en imagerie dans le cadre de la PDS, pour éviter les examens à mauvais escient.

On peut aussi parler de stratégie diagnostique ou thérapeutique, d'examens concertés en cas de dossier complexe et donc de consultation en imagerie (C2).

L'orientation lors de la prise du rendez-vous est importante dans le fonctionnement d'un cabinet de radiologie. Les secrétaires qui prennent les rendez-vous sont formées à orienter les patients en fonction de la demande d'examen. C'est un travail d'engagement du médecin radiologue autour de la justification, qui pourrait relever d'une évaluation, d'un objectif de santé publique ou d'un nouveau mode de rémunération dans le cadre de la coordination pour une structure d'imagerie.

Et il ne faut pas oublier l'information préalable aux patients.

Pendant la réalisation de l'acte, les choses sont plus simples.

Pour la radiologie interventionnelle, il y a le financement du matériel coûteux, le suivi des patients en hôpital de jour, la prise en compte pour l'allocation de ressources dans le cadre des actes classants (T2A adaptée à la radiologie interventionnelle). Il faut une mise à niveau régulière des matériels qui est faite dans tous les groupes d'imagerie engagés.

Pour les forfaits techniques, le coût de la pratique doit aussi tenir compte des modifications importantes de matériel. La date de mise en service du matériel est aussi un élément de la qualité et de valorisation.

La prise en charge des patients difficiles ou non coopérants : enfants, personnes âgées, réa, handicap, justifierait une majoration de l'acte.

La prévention des risques peut être un objectif de santé publique.

Après l'interprétation, le médecin ne se contente pas de rendre un examen mais il doit aussi l'expliquer au patient, voire intervenir ou faciliter son parcours de soins. Les radiologues sont souvent l'étape intermédiaire entre le premier et second recours. Un nouveau mode de rémunération sur la coordination dans le trajet de soins est envisageable. L'information avec le temps d'explication de l'annonce devrait également être rémunérée sur la valeur ajoutée du médecin radiologue.

Il faut aussi envisager la rémunération de la transmission sécurisée du compte rendu et plus particulièrement des images. A l'heure actuelle, les moyens de communiquer avec les hôpitaux existent, mais ils sont souvent exclusivement à la charge des libéraux sur fonds propres

Il faut également tenir compte du dialogue régulier des radiologues avec les correspondants pour le bon suivi et la prise en charge d'un patient complexe ou nécessitant un rendez-vous non programmé, le transfert du dossier image ou la mise à disposition pour une consultation possible du dossier image sur tout un territoire.

Le médecin radiologue est donc bien au centre de l'organisation et du bon suivi des malades ; il est tout à fait impliqué dans la coordination du trajet de santé

des patients et ses nouveaux modes de rémunération.

N'oublions pas le suivi administratif avec la télétransmission et le respect des justifications des prises en charge, du tiers payant, etc.

On peut également parler des outils de la profession qui sont actuellement « sans suite ». C'est le cas de la labellisation, du guide du bon usage, de la charte de la télé-médecine. La réglementation et la radioprotection sont de plus en plus contraignantes et ont un impact important sur le coût de la pratique.

Certaines rémunérations sont possibles, pour les radiologues, au travers des contrats d'objectifs et de moyens. Il est possible d'y inscrire, avec financement, la PDS, des objectifs de santé publique ou d'amélioration de la qualité et de la coordination dans le territoire. Ce peut être, par exemple, des MIG accompagnant des réseaux d'image avec les établissements, la labellisation, la participation à la permanence des soins et ou à un réseau de cancérologie. Il faut aussi envisager, l'organisation pour permettre que des rendez-vous non programmés soient pris facilement pour un patient complexe comme en cancérologie en cas de découverte diagnostic ou de rechute.

Les outils existent bien pour valoriser le rôle du médecin radiologue. Il n'est pas nécessaire d'en inventer, mais il faut savoir si l'on souhaite véritablement les utiliser pour valoriser la valeur ajoutée des médecins radiologues.

L'ensemble de ces éléments n'exclut pas deux clefs qui restent nécessaires pour diminuer l'inflation volumique qui sont la valorisation des actes au juste coût et une maintenance de la tarification et du coût de la pratique plus rapide. ■

“ La radiologie est une discipline clinique. Elle est exercée par des médecins qui recourent à l'imagerie. ”



Image 3.0 le débat *

Les témoins et les experts présents lors du séminaire “*Imagerie médicale : volume versus valeur ajoutée. Quels outils pour demain ?*” sont intervenus dans les débats qui ont suivi chacune des interventions. Ils ont réagi aux présentations, posé des questions ou proposé des pistes de réflexion. Nous en re prenons quelques unes.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney introduit le débat en rappelant que le rapport au patient n'est pas le même en France qu'aux Etats-Unis. La future loi de santé, qui devrait être présentée devant le parlement avant l'été, met le patient au centre du système. C'est l'occasion de s'appuyer sur l'expérience d'Imaging 3.0.

Jean-François Thébaut indique que la HAS, qui a une mission d'analyse médico-économique de l'efficacité des technologies de santé, a la volonté de participer à la régulation du système de santé par la qualité, en mettant l'efficacité en deuxième ligne, et en respectant un certain nombre de principes éthiques fondamentaux, comme la bienfaisance, la non-maltraitance, la justice sociale et l'autonomie des patients.

Différentes réflexions conduites actuellement par la HAS rejoignent les préoccupations américaines. Il est frappant de constater que le programme d'Obama présente des similitudes avec celui de l'assurance maladie en France, tant sur la philosophie que sur les montants.



Dr Jean-François Thébaut

Guy Frija souhaite que soit clarifiée la notion de téléradiologie en distinguant l'intramurale et l'extramurale.

La téléradiologie intramurale se situe à l'échelon local ou subrégional, c'est-à-dire un PACS multisites avec une même organisation, un même process, et un accès au dossier du patient par des personnes qui se connaissent. C'est la téléradiologie



Pr Guy Frija

que les professionnels devraient promouvoir pour qu'ils en aient le contrôle.

Les pouvoirs publics attendent des professionnels cette vision

* Les propos résumés des intervenants le sont sous la responsabilité de la rédaction.

positive de la téléradiologie.

En revanche, il faut s'opposer à la téléradiologie extramurale, qui est faite par des sociétés de services. Elle est potentiellement dangereuse d'autant plus qu'il n'y a pas de charte de qualité opposable actuellement.

Beaucoup d'actions sont à mener mais il faut les hiérarchiser. L'une des principales serait de pouvoir assurer la justification des examens. L'utilisation des guides serait une aide s'ils faisaient l'objet de la même démarche qu'aux Etats-Unis avec les logiciels d'aide à la décision. La Société Européenne de Radiologie est en pourparlers pour que ce logiciel soit importé en France.

Pierre Lesteven Pour une politique de l'imagerie, on se heurte d'abord au pilotage de la politique de santé, qui est aujourd'hui à deux têtes. Il y a d'abord l'Assurance maladie, perçue comme un système de cogestion des tarifs, mais il y a aussi l'État, plutôt dans une logique d'aménagement du territoire ou de politique de santé, qui gère les autorisations.

Les données statistiques devraient donc venir de l'État, comme pour les appareils d'imagerie lourde qui sont soumis à autorisation. Toutes les agences régionales de santé connaissent normalement exactement le parc d'appareils d'imagerie autorisés.

Le diagnostic fait que les tarifs, aujourd'hui, sont déconnectés de la réalité des charges associées aux actes.

L'analyse des taux de charges en imagerie révèle la dispersion des modalités d'exercice et des intervenants. Il est très



Dr Pierre Lesteven

Les témoins

- Pr Guy Frija (Société Européenne de Radiologie, Past-Président)
- Dr Pierre Lesteven (IGAS, Inspecteur général de la santé)
- Dr Jacques Niney (FNMR, Président)
- Dr Jean-Paul Ortiz (CSMF, Président)
- M. Denis Perrus (SNITEM)
- Dr Roger Rua (SML, Président)
- Dr Jean-François Thébaut (HAS, Membre du collège)
- M. Philippe Ulmann (CNAM-TS, Directeur de l'offre de soins)

multihance®

Gadobenate dimeglumine

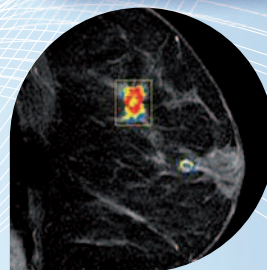


IRM Suite



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 lors d'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 (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 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

complexe et coûteux de collecter les données et d'établir des statistiques.

Lorsque l'on voit les efforts et investissements faits par tous pour travailler sur la CCAM et hiérarchiser les actes, nous ne pouvons que constater que les ajustements et les moyens d'arbitrage n'ont pas été trouvés pour être en conformité avec les travaux constatés collectivement.

On est confronté à ce double pilotage qui n'est pas forcément cohérent. Un exemple est la difficulté à rapprocher les statistiques de l'État de celles de l'Assurance maladie.

Aujourd'hui, sur les territoires, il n'y a pas de politique concertée entre les libéraux et les hospitaliers. Les libéraux sont généralement très bien équipés en système d'information alors que les hôpitaux sont souvent « à l'âge de pierre », dans d'autres endroits, c'est l'inverse. Il faut également tenir compte des prescripteurs.

Enfin, il y a une évolution des technologies. Les radiologues se font concurrencer, par exemple, avec le développement de la gastro interventionnelle. Les services d'urgence demandent de plus en plus d'échographes, le point positif est que cela permet de libérer du temps pour les examens à haute valeur ajoutée dans les services de radiologie.

Les évolutions technologiques changent complètement les frontières, mais le système demeure complètement archaïque car la détermination des tarifs passe par la CHAP¹, instance où il y a un bras de fer entre le financement de l'assurance maladie et les représentants syndicaux généralistes, ce qui aboutit à un immobilisme qui creuse le fossé entre les systèmes tarifaires et l'évolution des technologies.



M. Wilfrid Vincent

Wilfrid Vincent L'Etat et les caisses ne disposent que de données partielles sur le parc de scanner et d'IRM. Ils connaissent le nombre d'équipements, éventuellement les détenteurs d'autorisations mais il faudrait aussi connaître les utilisateurs et les partages d'utilisation.

Un autre point noir est l'absence de continuité dans la présentation

des statistiques qui ne permet pas d'avoir une vue claire des évolutions.

Aissa Khelifa (Consultant)

rappelle que deux études ont été proposées par la FNMR aux tutelles sans succès. L'une portait sur l'application du guide du bon usage, l'autre sur les outils d'aide à la décision et de comptes rendus structurés. Cette dernière étude pourrait être proposée à nouveau. Les tutelles seraient sans doute plus intéressées aujourd'hui.



M. Aissa Khelifa

Jacques Niney considère qu'il est légitime de s'interroger sur les motifs qui poussent les caisses à ne pas partager leurs données alors que le partage est un des éléments de la confiance entre partenaires.

Il serait notamment intéressant de connaître le volume d'activités par équipement lourd.

Il serait aussi nécessaire de connaître les données relatives à l'hôpital. Les seules disponibles sont celles qui sont assimilées aux dépenses du secteur privé.

Pour certaines données, les scanners et les IRM installés, certaines ARS se retournent vers les professionnels pour en connaître le nombre exact. C'est pour le moins curieux.

Sur un autre point, le président de la FNMR ajoute que l'enjeu est de développer la démarche qualité qui peut être, entre autres avantages, source d'économies. A l'inverse, la non qualité a un coût.



Dr Saranda Haber

Saranda Haber (Radiologue)

rappelle que si les radiologues sont capables de mettre en place des contrôles qualité, un guide de bon usage, etc, ce n'est pas le cas d'autres spécialités qui réalisent aussi de l'imagerie mais ont une autre culture.

Les radiologues sont initiateurs en matière de qualité. C'est le cas pour l'échographie. Il existe un comité national de l'échographie anténatale qui a permis de réglementer l'ensemble de l'activité sauf le contrôle qualité du matériel d'échographie alors que les radiologues l'ont demandé et mis en place pour leurs équipements. C'est aussi le cas pour la mammographie.

Elle soulève la question de la gouvernance du système de santé et de l'interlocuteur des radiologues. Est-ce l'Assurance maladie, le ministère de la santé, le ministère du budget ?

Elle appelle aussi à l'action des tutelles pour que les outils mis en place par la profession dans le monde libéral puissent être mutualisés avec la radiologie publique.

Jean-Luc Dehaene (Radiologue)

La pertinence de soins est un des leviers essentiels pour assurer la migration volume-valeur des actes médicaux et donc pour médicaliser la maîtrise des actes.



Dr Jean-Luc Dehaene

¹ Commission d'harmonisation des actes et prestations

Actuellement, la profession ne dispose pas des outils nécessaires pour garantir la pertinence des actes. Les travaux de la HAS sont basés essentiellement sur l'analyse des séjours des GHS ², donc, des actes d'hospitalisation, qui ne concernent pas la radiologie.

Un autre outil, utilisé largement par la HAS, concerne les recommandations de bonnes pratiques. Mais les délais de publication sont lents. De plus, ils n'aboutissent pas toujours.



Dr Thierry Blanc

Thierry Blanc (Radiologue) est moins sceptique que Jean-Luc Dehaene sur l'appropriation des outils mis à la disposition des médecins, y compris par les correspondants. Le guide des bonnes pratiques vient, petit à petit, sur les écrans des correspondants, en particulier des urgentistes.

Il pose la question du rôle véritable donné aux ARS pour l'étude de la pertinence des actes ? Certaines ont la volonté d'évaluer la pertinence de certains actes. Ce type d'évaluation doit rester au niveau national pour éviter des recommandations différentes sur un même acte.

Jacques Breton (Radiologue) confirme, au travers d'une étude menée en Ile-de-France, qu'il y a une demande extrêmement importante des correspondants pour le guide du bon usage. Il constate aussi que si les radiologues ont beaucoup développé la qualité, celle-ci n'est absolument pas valorisée financièrement.



Dr Jacques Breton



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux (Radiologue) indique qu'il y a eu deux versions du guide, une version papier publiée en 2005 sans aucun financement pour sa diffusion. La version électronique a été complètement réécrite. Elle est diffusée depuis 2013 et accessible en ligne avec de plus en plus de connexion des médecins correspondants. Le problème est le manque d'équipements pour appliquer rigoureusement les recommandations du guide.



Dr Jean-Louis Puech

Jean-Louis Puech (Radiologue) considère qu'un travail de maintenance de la nomenclature devrait être faite par la CHAP mais que celle-ci reste soumise aux ordres du jour qui lui sont donnés par les caisses. De plus, la commission, dans la plupart des cas, ne peut travailler qu'après communication des rapports de la HAS, ce qui est aussi une source d'immobilisme.

Jean-Paul Ortiz rejoint les différents intervenants qui constatent l'obsolescence des modes de régulation de l'offre de soins.

La démarche qualité est un enjeu majeur dans l'évolution de l'activité professionnelle médicale. Il y a dans le ROSP des éléments intéressants pour l'avenir dans la rémunération sur objectifs de santé publique qui auront, à terme, des impacts en matière de santé publique, en particulier, sur les pathologies chroniques.



Dr Jean-Paul Ortiz

Il faut sortir de la logique prix/volume. L'analyse de l'évolution des indicateurs sur les consultations montre que chaque fois que leur tarif est augmenté, leur nombre diminue. Cela signifie que lorsque les professionnels sont valorisés à un niveau légitime, leur comportement induit une diminution des volumes.

Philippe Ulmann : Le directeur de l'offre de soins constate que les médecins radiologues ont une situation un peu délicate, au sein du système de santé. Un parallèle peut être fait avec celle des biologistes ou des pharmaciens. Selon lui, les radiologues sont passés de l'âge d'or, du fait du système, de la croissance des effectifs, de l'arrivée de la technologie, des gains de productivité, à une période où ils ont été confrontés à l'émergence des difficultés économiques obligeant à une certaine rationalisation, souhaitée par les décideurs, qui a entraîné une course aux volumes au détriment de la qualité et du rôle du médecin.

L'objectif de l'Assurance maladie n'est pas de rationner l'offre de soins, ni de démotiver l'initiative privée et libérale. Le secteur privé est assez productif et il est souhaitable d'en garder la dynamique.



M. Philippe Ulmann

² Groupe homogène de séjour

L'incompréhension, qui a pu exister ces dernières années, est que l'assurance maladie a souhaité mettre fin à certaines « **rentes de situation** ». **Il est nécessaire de garder un secteur privé libéral dynamique, que les professionnels aient une incitation à investir avec une certaine garantie de retour sur investissement.**

Le travail mené avec les biologistes a été de passer d'une analyse de chiffre d'affaires à l'analyse de marges en diminuant, éventuellement, un certain nombre d'exams, pour supprimer les inutiles, et aller vers un raisonnement en termes de marge.

La pertinence est cruciale et **l'assurance maladie a commencé à lancer des travaux d'analyse de la pertinence des actes d'imagerie**, selon deux axes.

Le premier concerne les actes dits redondants que les premières analyses ne confirment pas.

Le second axe porte sur les actes en série, c'est-à-dire les séquences qui allient radiologie, scanner, IRM, voire d'autres types d'examen.

Un autre point concerne la pertinence de la prescription, de la place du radiologue dans le parcours du patient et des outils d'aide à la prescription. **Il y a une interrogation et une certaine prise de conscience sur la place du médecin radiologue par rapport aux autres spécialités**, ainsi qu'une volonté de développer le « clinique » et d'être davantage reconnu dans son rôle de médecin.

La pertinence des prescriptions est discutée pour la biologie, l'ophtalmologie. Elle est peut être à réfléchir en radiologie.

Les caisses mettent en place des actions de maîtrise médicalisée en biologie pour essayer d'initier des outils d'aide à la prescription pour la biologie. Il faut peut être y penser pour l'imagerie.

Il est question, depuis longtemps, de la notion de médecine par les preuves et de travail sur la base de référentiels. Mais il faut garder une juste mesure pour que la médecine ne soit pas basée uniquement sur la technique car cela pourrait avoir des effets pervers. Des médecins affirment que l'explosion de l'imagerie ostéoarticulaire vient du fait qu'un certain nombre de médecins ne font plus leur travail d'examen clinique. Cela pose aussi la question de la pertinence de la prescription.

“ Il y a une interrogation et une certaine prise de conscience sur la place du médecin radiologue par rapport aux autres spécialités. ”

Le sujet de la baisse de la démographie interpelle, surtout dans certaines zones rurales ou périurbaines. **Comment concilier la baisse du nombre de professionnels**

de santé avec la volonté légitime d'augmenter le temps clinique ou médical et une hausse de la demande ?

La particularité des radiologues, par rapport à leur confrères libéraux, est qu'ils ne sont pas liés uniquement aux décisions

de l'Assurance maladie, puisqu'ils ont affaire à d'autres institutions pour les autorisations d'équipements ou la sécurité.

L'Assurance maladie se pose des questions sur les autorisations. D'autant plus, qu'il y a un problème de communication des données, de transmission des informations entre la ville et l'hôpital. Il n'y a aucune homogénéité dans les systèmes d'information des hôpitaux. Par exemple, un week-end, un gros hôpital privé, en Île-de-France, a été incapable de transmettre l'imagerie scanner faite sur un trauma crânien, au service de neurochirurgie du CHU du Kremlin-Bicêtre pour une intervention d'urgence du patient, la seule solution a été le transfert d'images via un iPhone.

Lorsqu'il y aura enfin des dossiers partagés et des sites de stockage de l'information pour l'échanger, il sera alors possible d'aller réellement vers la mesure de la qualité et la pertinence des actes. Ceci est de la responsabilité de l'État.

L'intervention du directeur de l'offre de soins suscite des réactions. Ainsi **Laurent Verzaux** rappelle qu'il a toujours été difficile d'obtenir des autorisations. Cette situation conduit à un certain "gâchis" dans la mesure où de jeunes radiologues formés, notamment à la radiologie interventionnelle, qui s'installent ne peuvent pas mettre en œuvre ce qu'ils ont appris.

La comparaison avec les biologistes n'est pas pertinente. Radiologues et biologistes ont en commun d'être des chefs d'entreprises et de gérer des équipements. Mais la s'arrêtent les similitudes. Les médecins radiologues ne sont pas prescrits. Ils ont la responsabilité du choix de l'examen adapté à leur patient. Enfin, **les radiologues prennent en charge des patients**, pas des tubes d'échantillon.

Les radiologues ont lancé le dépistage organisé du cancer du sein avec la double lecture des clichés. C'est une démarche qualité indiscutable. La question est de savoir si l'assurance maladie est prête à financer ce type de démarches pour d'autres examens.

Les demandes d'examen par les médecins correspondants ne comportent pas de série d'exams à réaliser. C'est en fonction du diagnostic qu'il faut, éventuellement, faire des examens complémentaires. La redondance des examens est le plus souvent le fait des établissements publics qui, en dépit de la loi Kouchner de 2004, laissent leurs patients sortir sans compte rendu d'hospitalisation, sans document des examens d'imagerie qu'ils ont eus.

Philippe Ulmann ne compare pas les radiologues aux biologistes mais le modèle économique. Il insiste sur la nécessité que les radiologues mènent un travail d'échange avec les autres spécialistes pour expliquer leur rôle clinique. L'insertion du radiologue dans le parcours du patient, son rôle

clinique, appelle à une réflexion concertée avec la tutelle. L'Assurance maladie y est prête car elle souhaite travailler sur la pertinence. Elle est prête, de même, à rémunérer la qualité mais il faut convaincre l'ensemble de la profession.

Si une majorité se dégage pour faire bouger la pratique, augmenter la qualité et le temps avec une diminution des volumes, il sera possible d'avancer dans ce sens.

Il souligne qu'au cours des cinq dernières années, des relations de confiance relativement stables se sont construites au sein de l'assurance maladie avec notamment la FNMR.

Jacques Niney réaffirme que les radiologues s'occupent de patients et qu'il est de leur responsabilité d'accepter ou de refuser de réaliser un acte en fonction du diagnostic recherché. Mais pour cela, il faut qu'ils puissent disposer de l'ensemble des techniques, dont l'IRM, ce qui n'est pas le cas. Pour le président de la FNMR il faut aussi que le système des autorisations d'équipements lourds soit rééquilibré vers les médecins libéraux.

A propos de la démographie médicale, il s'inquiète d'une hausse du nombre des médecins à diplôme étrangers dont la formation peut ne pas être équivalente à la formation française. Un autre aspect de cette question est le problème de la filiarisation de l'imagerie et du nombre d'internes formés.

Le recours à des logiciels d'aide à la prescription, une meilleure attribution des IRM, la possibilité réelle de redresser les demandes d'examen permettraient d'aller vers un haut niveau de qualité et de réduire le volume des actes. Mais il faut aussi que la rémunération prenne en compte une telle évolution. La mise en place de tous ces éléments assurerait de meilleures conditions qualitatives.



Dr Jean-Philippe Masson

Jean-Philippe Masson fait observer que la distance d'accès à un cabinet d'imagerie n'est pas une question négligeable. Pour certains examens complexes ou sur des équipements lourds qui peuvent être programmés, la distance d'accès peut être considérée comme secondaire. Ce n'est plus vrai pour l'imagerie de première intention, pour la partie

de la population qui ne dispose pas de moyens de transport (individuel ou collectif) et pour le dépistage du cancer du sein. Les rapports sur ce sujet indiquent tous que la proximité est un élément important dans le dépistage. Il faut donc que l'organisation de l'imagerie repose sur un maillage du territoire qui assure ces différents niveaux.

Au long de cette journée, **Denis Perrus** a entendu une expression qui avait déjà été utilisée lors d'une réunion du

SNITEM : le système est « à bout de souffle ».

La dichotomie du pouvoir fait que, sur certains sujets, il n'est pas possible d'avancer, alors que le rythme de l'innovation médicale et technique s'est accéléré, ce qui crée un décalage de plus en plus grand entre l'encadrement du système de soins et les pratiques médicales, avec les progrès faits, notamment dans l'imagerie.



M. Denis Perrus

Le SNITEM et la FNMR ont travaillé ces derniers mois sur l'homologation des modèles de scanner dans la classification et la nomenclature, qui est vieille de 12 ans. Les industriels continueront d'être aux côtés de la profession sur ces questions.

Le domaine où l'imagerie peut faire gagner beaucoup aux patients, mais aussi au système de santé sur le plan des dépenses, c'est l'imagerie interventionnelle. Il est donc très positif que la CNAM veuille s'y intéresser. Là encore, le SNITEM sera aux côtés des radiologues pour aider à sa revalorisation.

La France est toujours la première au monde en termes de productivité, ce qui prouve bien qu'elle est sous-équipée. Pour l'industrie, « l'âge d'or » est fini depuis six ou sept ans. Le secteur est entré, depuis deux ans, dans un cercle infernal, perdant quinze points de ratio par unité.

Les industriels souhaitent être associés, dans certains cas, aux réflexions et aux discussions avec la CNAM ou les tutelles, car ils sont dans la même logique.

La contrainte réglementaire est particulièrement française, elle est en train d'asphyxier les entreprises du secteur avec, entre autres, la loi Bertrand, et les nouvelles réglementations qui s'ajoutent chaque année. Par exemple, l'augmentation des contrôles de l'ASN engendre des coûts supplémentaires importants.

C'est un poids supplémentaire qui s'ajoute à l'érosion des marges et qui oblige certaines des industries à réfléchir à la réduction de leurs effectifs, ce qui impactera, à un moment donné, le service rendu dans l'accompagnement.

Jacques Niney concluait ce séminaire en rappelant qu'il n'était que la première ébauche d'une réflexion qui se poursuivra au sein de la FNMR.

Mais il faut aussi l'étayer avec des données fiables. L'imagerie médicale est une valeur ajoutée financière en ce sens qu'elle permet de réaliser des économies. Mais il importe surtout que les radiologues fassent savoir qu'ils sont porteurs de valeur ajoutée en tant que médecin. ■



Les mesures proposées par la CNAM pour 2015

L'assurance maladie publie son rapport annuel intitulé "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015", plus connu comme le "Rapport Charges et produits" ^{1 2}.

Depuis quelques années, ce rapport développe une approche médicalisée des dépenses de santé. Cela n'empêche pas la CNAM de dresser une liste de propositions qui devraient permettre de réaliser 2,86 milliards d'euros d'économies pour 2015. Pour l'imagerie, le rapport indique que les mesures tarifaires à l'égard des médecins radiologues correspondent au protocole d'accord.

Depuis le début des années 2000, la plupart des pays de l'OCDE ³ ont engagé des politiques de freinage brutal des dépenses de santé, souvent suivies de fortes augmentations. La France s'est, elle, engagée dans une trajectoire de ralentissement progressif de ses dépenses. Depuis 2010, l'ONDAM ⁴ est respecté et la part des dépenses financées publiquement (77%) stabilisée.

Pour les trois prochaines années, le programme de stabilité du Gouvernement fixe une baisse du taux de croissance de l'ONDAM à 2,1% en 2015, 2% en 2016 et 1,9% en 2017 ce qui suppose des effets supplémentaires par rapport à ceux déjà faits. Cette progression est calculée sur la base des dépenses réellement engagées au cours de l'année précédente.

Pour la CNAM, l'enjeu est "de mobiliser ces économies en rationalisant les parcours de soins". Il s'agit d'éviter les

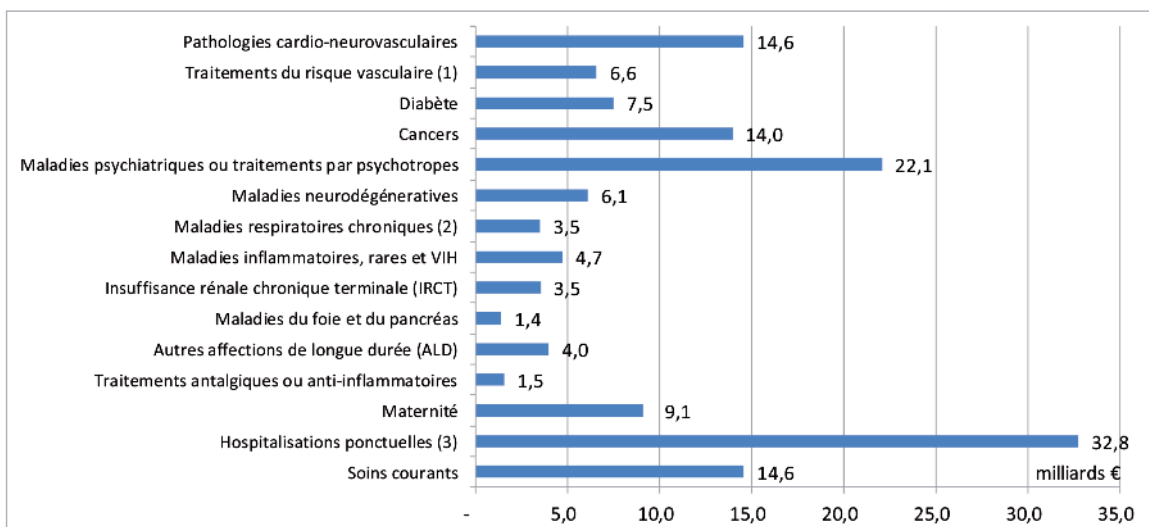
examens ou traitements non pertinents, de favoriser les prises en charge les moins onéreuses, de développer la chirurgie ambulatoire, etc.

L'analyse des dépenses par groupe de pathologies

En 2012, sur les 59,2 millions de personnes couvertes par le régime général et ayant eu recours à des soins, 36% ont reçu des soins liés à, au moins, un problème de santé chronique.

21% des personnes ont une pathologie chronique, 15% ont un traitement médicamenteux régulier, 2,3% ont reçu des soins au titre de la maternité et 13% ont eu un épisode d'hospitalisation "ponctuelle" (pas de pathologie chronique repérée) (Figure 1).

Figure 1 : Répartition des dépenses 2012 par groupe de pathologies, traitements, événements de santé (Md€)



(1) Traitement antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT

(2) Hors mucoviscidose

(3) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

¹ Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2015 (loi du 13 août 2004).

² Plusieurs points du rapport suscitent des interrogations ou sont contestables. La FNMIR a donc saisi la CNAM pour réaffirmer certaines positions de la profession,

³ Organisation de Coopération et de Développement Economique.

⁴ Objectif National des Dépenses de Santé. Il est à noter que, depuis 3 ans, les dépenses ont été inférieures aux prévisions de l'ONDAM, principalement en raison de la faible augmentation des dépenses de ville. Pour autant, la médecine de ville n'a pas bénéficié des économies qu'elle a dégagées.

Les pathologies psychiatriques, les maladies cardio-vasculaires et les cancers représentent 10% de la dépense totale.

Les coûts moyens, par personne, de ces pathologies, traitements ou épisodes de soins évoluent sensiblement mais de façon contrastée selon le poste étudié pour la période 2010 à 2012. Ainsi, le coût moyen des maladies du foie et du pancréas a augmenté de 7,4%, celui des maladies psychiatriques de 4,6% alors que les traitements du risque vasculaire ont baissé de 2,1% (Figure 2).

traitements efficaces conduisent à une hausse du nombre de patients pris en charge.

Sur ce point, les projections présentées dans le rapport retiennent, pour ces motifs, une hausse des dépenses de 0,9% par an. L'assurance maladie en conclue à la nécessité d'améliorer les processus de soins en termes qualitatifs en optimisant les coûts pour certaines pathologies ou épisodes de santé : la maternité, l'insuffisance rénale chronique terminale, les opérations de chirurgie orthopédique, les opérations réalisables en ambulatoire, le cancer du sein et la dépression.

Evolutions démographiques et épidémiologiques d'ici 2017

Pour l'Assurance maladie, trois facteurs influenceront, d'ici, 2017, sur le nombre de patients que le système de soins devra prendre en charge :

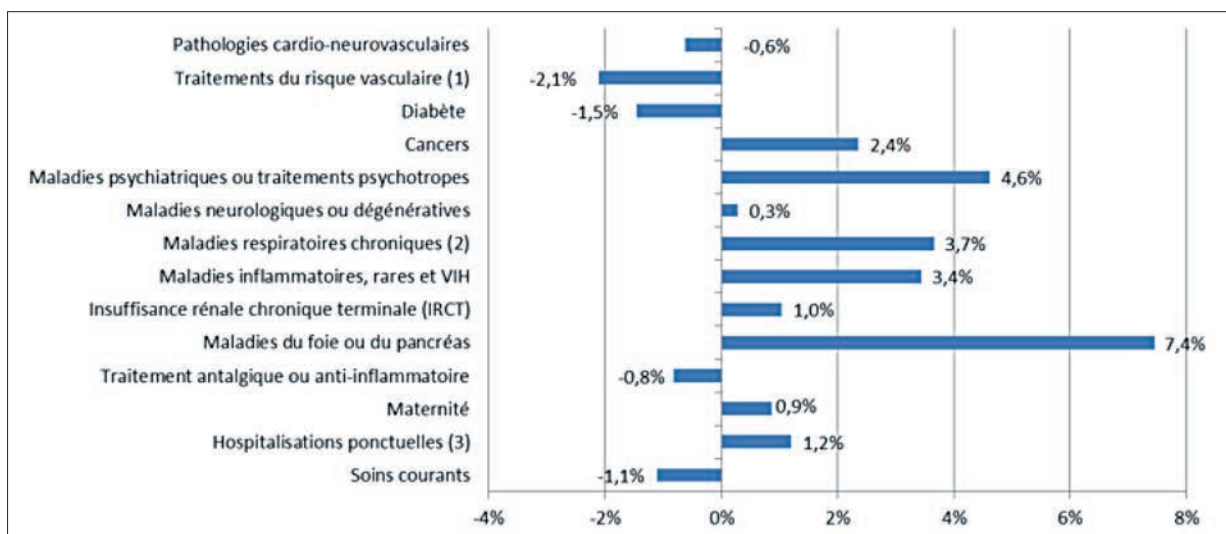
- Les évolutions démographiques avec la croissance et le vieillissement de la population d'où la prévalence de certaines maladies liées à l'âge. Inversement, la baisse du nombre de naissance entrainera une diminution du nombre de femmes prises en charge en maternité.
- Les évolutions épidémiologiques. C'est l'évolution de la fréquence des problèmes de santé à âge identique qui peuvent jouer différemment. Par exemple, le surpoids entraîne une augmentation du diabète qui a des répercussions sur la prévalence de l'insuffisance rénale chronique.
- Les évolutions des traitements. Les pathologies mieux détectées, traitées plus précocement avec des



Le dépistage du cancer du sein

Chaque année, 48 800 cas sont diagnostiqués et 12 000 décès surviennent. Les dépenses liées à ce cancer représentent 2,3Mds € en 2012. Le coût de traitement en phase active est de 9820 € par patiente et par an dont la moitié pour les soins hospitaliers.

Figure 2 : Taux de croissance annuel moyen des coûts moyens par personne entre 2010 et 2012



(1) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT
 (2) Hors mucoviscidose
 (3) Hospitalisations nonrépérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes

La participation au dépistage organisé semble en légère baisse par rapport à la période 2011-2012. Elle varie fortement selon les départements de plus de 60% à moins de 45%.

La FNMR a constaté, depuis 2008, que les mesures d'économies décidées sur l'imagerie médicale ont conduit à la fermeture de plusieurs dizaines de cabinets de radiologie de proximité principalement dans des zones périurbaines ou des régions rurales. A partir des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer les causes de la baisse de participation. Il ne fait pas de doute que la disparition de cabinets de proximité ne peut que dissuader des femmes de faire une mammographie et, c'est le moins que l'on puisse dire, ne favorise pas la participation.

La France se situe, en matière de dépistage dans la tranche d'âge considérée, dans la moyenne internationale, en tenant compte du dépistage individuel. Les résultats repris dans le rapport montre l'efficacité du dépistage et justifient non seulement son maintien mais qu'il soit développé.

Une des propositions du rapport sur l'organisation du dépistage est de numériser la chaîne mammographique de la première à la seconde lecture (p 57).

Une autre proposition est "l'identification d'un centre de référence en sénologie défini selon les référentiels européens" dans le but d'optimiser la seconde lecture.

S'il s'agit de numériser la chaîne entre les deux lectures, la FNMR ne peut qu'y être favorable. Mais elle rappelle que la suspension du comité de pilotage du cancer du sein n'a pas permis d'avancer sur cette question. En revanche, il ne pourrait être question d'une remise en cause de la seconde lecture sur laquelle repose le dépistage. De même, la mise en place d'une telle technologie impose la rédaction d'un

cahier des charges national, les expérimentations locales étant totalement à proscrire en raison des enjeux de santé publique et d'égalité des femmes devant le dépistage.

La CNAM évalue le délai entre le compte rendu anatomopathologique et la chirurgie à 23 jours en moyenne mais jusqu'à 57 jours.

Une meilleure pertinence des soins

Un autre axe d'actions proposées par la CNAM réside dans la pertinence des soins. Il s'agit de promouvoir l'accès de tous à des soins de qualité, d'éviter des traitements ou des actes inutiles ou porteurs de risques, et d'affecter les ressources sur des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population.

L'action de la CNAM sur la pertinence devrait s'appliquer aux actes chirurgicaux, aux actes diagnostiques, dont l'IRM, aux produits de santé dont le médicament.

Le rapport note que deux postes d'imagerie ont enregistré une croissance soutenue: l'échographie et l'IRM.

L'échographie

Les échographies progressent de 4,5% en nombre et de 4,3% en remboursements. Cette augmentation est due notamment aux échographies cardiaques qui progressent de 4,9% en volume et de 6,2% en montants. Ces échographies ne sont pas réalisées par des médecins radiologues (Voir figure 3).

Figure 3 : Evolution du nombre d'actes et des dépenses - CCAM 2013

	Nombre d'actes (1)	% Nombre	PCAP Nombre	Montant remboursé en milliers € (2)	% Montant Remboursé	PCAP Remboursé	Contribution à la croissance
IMAGERIE	67 842 986	46,3%	2,0%	3 781 448	46,8%	2,8%	1,3
Radiographie	31 990 447	21,8%	-0,5%	944 176	11,7%	0,1%	0,0
Échographie	26 347 813	18,0%	4,5%	1 242 942	15,4%	4,3%	0,7
Scanographie	4 754 984	3,2%	0,8%	578 037	7,1%	1,1%	0,1
IRM	3 261 712	2,2%	9,1%	642 628	7,9%	5,8%	0,4
Scintigraphie	808 489	0,6%	4,8%	261 804	3,2%	4,8%	0,2
Autre Imagerie	679 541	0,5%	-3,2%	111 860	1,4%	-1,4%	0,0
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	63 062 073	43,0%	5,2%	2 391 837	29,6%	5,8%	1,7
Actes techniques médicaux diagnostiques	44 228 561	30,2%	5,2%	1 244 930	15,4%	4,4%	0,7
Actes techniques médicaux thérapeutiques	18 833 512	12,9%	5,1%	1 146 906	14,2%	7,4%	1,0
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	242 783	0,2%	-3,4%	111 603	1,4%	-2,2%	0,0
ACTES CHIRURGICAUX	5 897 544	4,0%	3,5%	1 568 904	19,4%	2,4%	0,5
Anatomie et cytologie pathologique	9 504 999	6,5%	4,0%	233 734	2,9%	5,1%	0,1
TOTAL CCAM	146 550 385	100%	3,5%	8 087 525	100%	3,6%	

(1) : hors suppléments, forfaits techniques, vidéo capsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(2) : y compris suppléments, forfaits techniques, vidéo capsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies



Les actes d'IRM

En 2013, le nombre d'actes d'IRM a augmenté de 9,1% et les remboursements de 5,8% (Voir figure 3).

Le rapport pointe plus particulièrement les actes d'IRM ostéoarticulaires et ceux de l'appareil digestif. Pour la CNAM, la fréquence élevée des IRM des membres inférieurs pose la question de la pertinence des indications. Pour la caisse, les médecins spécialistes en médecine générale ne respectent pas les indications d'examen de la Haute Autorité de Santé.

Des économies pourraient donc être générées par un meilleur respect des recommandations de la HAS tant sur les IRM du membre inférieur que sur celles du rachis. Les économies seraient de 59 millions.

Le rapport conclut que l'augmentation du nombre de machines risque d'encourager la multiplication des examens y compris pour des indications qui sont discutables en termes de pertinence de la "prescription".

Pour la caisse, l'offre crée sa demande et *"se pose la question de la cohérence de cette expansion avec les contraintes financières qui seront celles de l'ONDAM dans les trois ans qui viennent"*.

L'analyse de la caisse laisse perplexe. Depuis des années, la CNAM comme d'autres institutions, en particulier l'ASN,

ont recommandé d'assurer la substitution de l'IRM à la radiologie pour réduire les doses d'expositions des patients et éviter les examens inutiles.

Aujourd'hui, la caisse envisage de revenir sur une limitation du parc de machines IRM alors même que la France est le pays le moins bien équipé dans toute l'Europe.

Ce n'est pas d'un excès d'actes d'IRM dont souffre la France mais d'une insuffisance de machines qui ne permet pas d'assurer à chaque patient l'accès à cet équipement sans délai. Le plan cancer 3 fixe un objectif de 20 jours pour un rendez-vous en IRM alors qu'il est de l'ordre de 30 jours aujourd'hui. Doit-on comprendre que, pour des contraintes financières, la caisse n'envisage pas la réduction des délais de rendez-vous pour les examens liés à un cancer ? Comment assurer la prise en charge rapide des AVC si le parc d'IRM reste en l'état ?

Page 106, il est indiqué qu'*"action doit être entreprise sur l'utilisation des IRM ostéo-articulaires dont la croissance est très rapide"*. Il s'agit, sans aucun doute, du recours à l'IRM pour les actes d'ostéoarticulaires et non pas des IRM à visée ostéoarticulaire.

Toujours à la page 106, il est proposé *"d'introduire éventuellement des indicateurs de bonne pratique dans le cadre de la ROSP pour les médecins généralistes"*. Il va de soi qu'une telle mesure ne pourrait qu'être appliquée aussi pour les médecins radiologues.

Par ailleurs, si les médecins radiologues doivent vérifier les indications des examens IRM demandés, cela justifie la possibilité de la facturation d'une consultation pour analyse du dossier et explication au patient.

La démographie des professionnels de santé

S'agissant des professionnels de santé, la CNAM entend poursuivre les actions engagées dans le cadre de la convention médicale, en particulier pour lutter contre les "déserts médicaux".

Le rapport indique que les mesures tarifaires à l'égard des médecins radiologues correspondent au protocole d'accord.

Sur certains points, donc, la FNMR ne partage pas l'analyse de la CNAM. Jean-Philippe Masson s'est donc adressé au Directeur de la CNAM pour lui rappeler les positions des professionnels. C'est le cas pour l'organisation de la numérisation de la seconde lecture dans le cadre du dépistage du cancer du sein ou pour la revendication absolue d'une augmentation du nombre d'IRM dans notre pays.

LES PROPOSITIONS DE LA CNAM

- 1 Rejoindre en 5 ans la moyenne de l'OCDE pour la durée de séjour en maternité.
- 2 Ajuster la durée moyenne de séjour pour les prothèses de hanche et de genou, hors traumatologie.
- 3 Piloter l'offre de chirurgie orthopédique pour atteindre un volume minimal d'activité pour les plateaux techniques (productivité/qualité).
- 4 Améliorer la pertinence du recours au SSR et favoriser la rééducation à domicile en application des recommandations de la HAS.
- 5 Définir un objectif volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire et faire évoluer les tarifs sur une période pluriannuelle.
- 6 Développer la mise sous accord préalable pour promouvoir la chirurgie ambulatoire.
- 7 Mettre en place un accord prix-volume global permettant d'optimiser la dépense de médicaments.
- 8 Accompagner cet accord d'outils permettant, au sein de l'enveloppe, d'optimiser la prescription.
- 9 Etendre les plans d'actions sur la pertinence de la chirurgie.
- 10 Elaborer et mettre en œuvre un programme sur la pertinence des examens pré-anesthésiques ou pré-opératoires.
- 11 Déployer un plan d'actions pour améliorer la pertinence des IRM des membres inférieures et du rachis.
- 12 Renforcer les actions de maîtrise médicalisée sur les analyses biologiques.
- 13 Veiller à la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail.
- 14 Redonner une base légale au dispositif de régulation démographique des masseurs kinésithérapeutes ayant fait l'objet d'un accord conventionnel.
- 15 Mener une réflexion sur les flux démographique des professionnels.
- 16 Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale.
- 17 Améliorer l'accès à la greffe rénale.
- 18 Optimiser la prise en charge de la dialyse.
- 19 Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre.
- 20 Optimiser l'organisation du dépistage du cancer du sein.
- 21 Renforcer le respect des seuils de chirurgie du cancer.
- 22 Evaluer la pertinence des mastectomies.
- 23 Faire la transparence sur les délais de prise en charge.
- 24 Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression.
- 25 Expérimenter une organisation de soins coordonnés pour les dépressions légères et modérées.

Rapport " Charges et Produits – Propositions pour 2015 "

Les observations de la FNMR

A la suite de la publication du rapport "Charges et produits – Propositions de l'assurance maladie pour 2015", la FNMR souhaite faire plusieurs observations.

Le dépistage du cancer du sein

Il est indiqué que la participation au dépistage organisé semble en légère baisse par rapport à la période 2011-2012 et qu'elle varie fortement selon les départements de plus de 60% à moins de 45%.

Depuis 2008, les mesures d'économies décidées sur l'imagerie médicale ont conduit à la fermeture de plusieurs dizaines de cabinets de radiologie de proximité soit par regroupement, soit par fermeture. Ces suppressions sont intervenues essentiellement dans des zones périurbaines ou dans des régions rurales. A partir des données dont nous disposons, base Senolog, INVS, il n'est pas possible de déterminer les causes de la baisse de la participation. Cependant, il ne fait pas de doute que la disparition de cabinets de proximité ne peut que dissuader des

femmes de faire une mammographie et ne contribue donc pas à l'amélioration de la participation.

Le rapport note que le taux d'association d'une échographie à une mammographie est de 40% en dépistage individuel contre 21,6% en dépistage organisé. Sur ce point, les professionnels attendent la mise en œuvre de l'accord, signé en 2010, sur le taux d'association. La décote de l'échographie mammaire décidée unilatéralement par la caisse, ne pouvait pas favoriser les comportements vertueux et leur promotion.

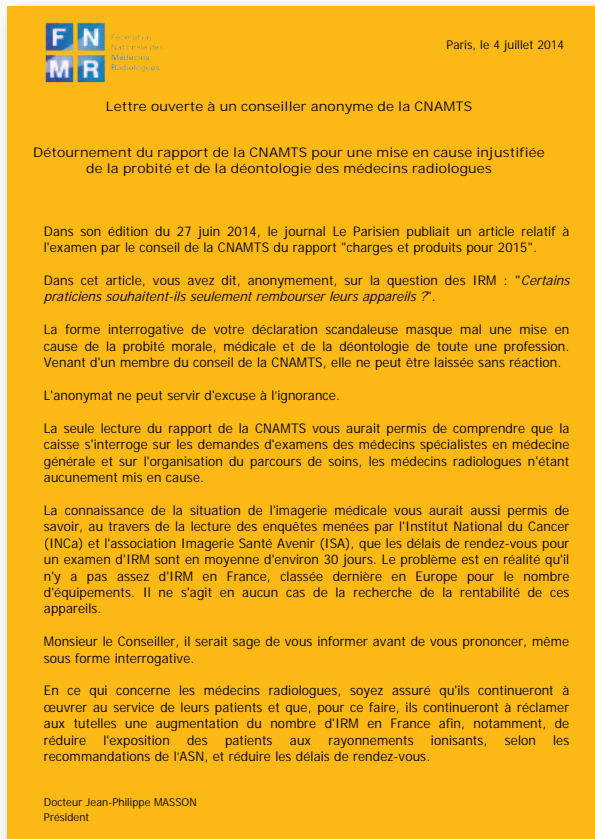
Au-delà de ces remarques, et comme le note le rapport, la France se situe, en matière de dépistage dans la tranche d'âge considérée, dans la moyenne internationale en tenant compte du dépistage individuel. Les résultats repris dans le rapport montre l'efficacité du dépistage et justifient non seulement son maintien mais qu'il soit développé.

Une des propositions du rapport sur l'organisation du dépistage est de numériser la chaîne mammographique de la première à la seconde lecture.

Une autre proposition est "l'identification d'un centre de référence en sénologie défini selon les référentiels européens" dans le but d'optimiser la seconde lecture.

S'il s'agit de numériser la chaîne entre les deux lectures, la FNMR ne peut qu'y être favorable. Mais elle rappelle que la suspension du comité de pilotage du cancer du sein n'a pas permis d'avancer sur cette question. En revanche, il ne pourrait être question d'une remise en cause de la seconde lecture sur laquelle repose le dépistage.

La proposition 20 comprend l'idée de "l'identification d'un



centre de référence en sénologie défini selon les référentiels européens." Les médecins radiologues, qui sont les premiers concernés, doivent être associés à une réflexion sur ce point qui devrait être soumis au prochain comité technique du cancer du sein.

L'échographie

Le rapport souligne la croissance soutenue des échographies (4,5% en volume et 4,3% en remboursement). Cette augmentation est attribuée notamment aux échographies cardiaques. Ces échographies ne sont pas réalisées par des médecins radiologues.

Les actes d'IRM

Le rapport souligne la croissance du nombre d'actes d'IRM (9,1% en volume et 5,8% en remboursements). Il met également en cause l'augmentation du nombre d'examen d'ostéoarticulaire. Il est également indiqué que l'augmentation du nombre de machines risque d'encourager la multiplication des examens y compris pour des indications qui sont discutables en termes de pertinence de la "prescription". Enfin, il est précisé que l'offre créant sa demande "se pose la question de la cohérence de cette expansion avec les contraintes financières qui seront celles de l'ONDAM dans les trois ans qui viennent".

Cette partie consacrée aux IRM appelle plusieurs remarques. Il serait souhaitable que les données relatives aux actes d'IRM ostéoarticulaires dans les autres pays évoquées soient publiées. Il serait également souhaitable de savoir ce que recouvre cette augmentation en relation avec l'évolution du parc. Autrement

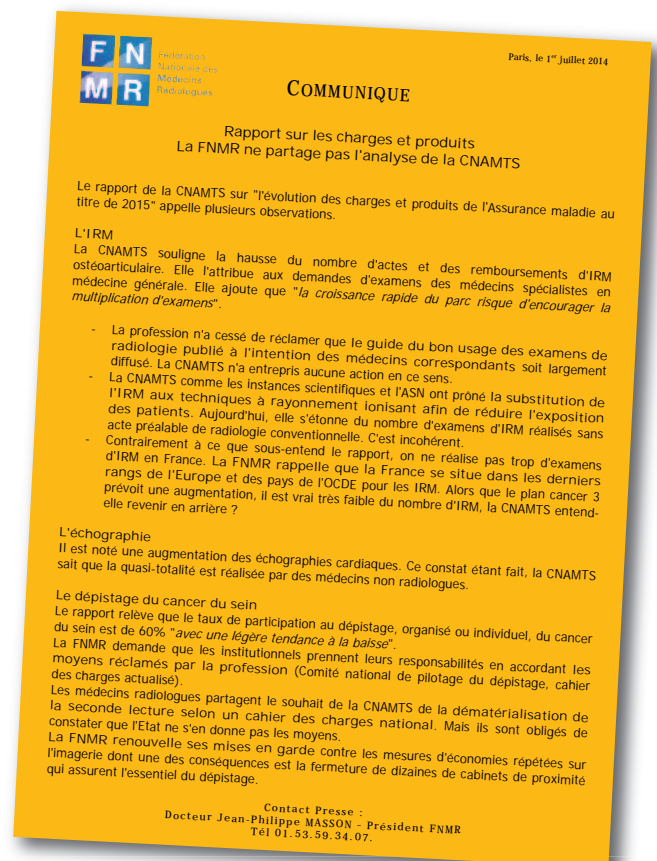
dit, la hausse du nombre d'examen est-elle due à une augmentation du nombre d'examen réalisés par machine ou à une augmentation du nombre de machines ou à une combinaison des deux ?

Alors que la Caisse met en cause les médecins spécialistes en médecine générale, la FNMR ne peut que rappeler qu'elle a, depuis plusieurs années, demandé à la CNAM de s'investir dans la diffusion du guide du bon usage des examens d'imagerie. A ce jour, la CNAM n'avait pas manifesté d'intérêt pour ce guide.

La remise en cause par la caisse de l'évolution du nombre de machines n'est pas acceptable. Si cette orientation était retenue, elle aurait de graves conséquences :

- Alors que les autorités scientifiques et les tutelles, dont l'Agence de sûreté nucléaire, cherchent à assurer la substitution de la radiologie par l'IRM pour réduire les doses d'expositions aux patients, le maintien du parc en l'état bloquerait cette substitution.
- Alors que le plan cancer III prévoit un objectif de 20 jours pour les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM, le maintien du parc en l'état ne permettrait pas d'atteindre cet objectif, ce qui représente une perte de chance pour les patients.
- Le plan AVC prévoit une prise en charge dans les meilleurs délais pour les victimes d'AVC afin de poser un diagnostic rapide permettant un réduisant le risque médical et la durée d'hospitalisation. Le maintien en l'état du parc ne permettrait pas d'améliorer la situation.

La FNMR ne peut qu'exprimer sa totale opposition aux conclusions de la CNAM sur le nombre de machines d'IRM en France. ■





Les dépenses de l'assurance maladie : avril mai 2014

Au premier trimestre 2014, le taux de croissance de trois des grands agrégats (hôpitaux publics, établissements privés et prestations médico-sociales) était supérieur à celui du total des dépenses. Seuls les soins de ville enregistraient un taux de croissance inférieur. Pour avril et mai, les soins de ville et les versements aux hôpitaux sont en dessous. En revanche, les versements aux établissements privés et les prestations restent nettement au-dessus. Dans les soins de ville (2,1% et 2,2% en avril et mai), la progression des actes techniques est nettement supérieure

(4,2% et 3,8%) à la moyenne. Le taux de croissance des actes d'échographie suit le rythme des actes techniques (4,2% et 3,6%). Le taux des actes d'imagerie hors échographie est très en-dessous avec 1,2% et 0,7%.

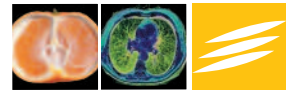
Les forfaits techniques croissent à 5,7% et 5,2%. Dans cet ensemble, la croissance des FT d'IRM reste à un taux inférieur à 10%. Celle des scanners est très inférieure avec 1,4% et 1,3%. ■

Dépenses de l'assurance maladie - avril mai 2014

(Tous risques - Régime général - France métropolitaine métropolitaine - Milliers d'euros - % en PCAP)

Prestations	Avril en euros	Mai en euros	Avril en %	Mai en %
Consultations	2 029 305	2 477 976	-0,9%	-1,2%
Visites	257 315	312 933	-6,9%	-7,3%
Actes Techniques (*)	2 250 136	2 776 667	4,2%	3,8%
Dont actes d'échographies	384 348	474 063	4,2%	3,6%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	471 322	579 517	1,2%	0,7%
Forfaits scanner – IRM	321 899	396 015	5,7%	5,2%
Tomographie – Forfaits consommables				
Dont scanner	122 873	151 024	1,4%	1,3%
Dont IRM	169 089	208 995	7,5%	6,7%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	6 387 296	7 887 300	3,0%	3,0%
Total prescriptions	15 709 998	19 667 394	1,8%	1,9%
Total soins de ville	22 097 298	27 554 698	2,1%	2,2%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	18 543 691	22 536 171	2,8%	1,5%
Total versements aux établissements sanitaires privés	3 764 687	4 678 111	4,0%	3,9%
Total prestations médico-sociales	5 291 058	6 590 772	3,7%	4,1%
Total statistique mensuelle des dépenses	53 930 704	66 622 182	2,6%	2,3%

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



ScanBag®

by XENETIX®
lobitridol



L'innovation à votre portée

DENOMINATION : XENETIX 350 (350 mg l/ml) solution injectable ; XENETIX 300 (300 mg l/ml) solution injectable ; XENETIX 250 (250 mg l/ml) solution injectable - **COMPOSITION(*) - DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Produit de contraste destiné à être utilisé pour : XENETIX 350 : urographie intraveineuse, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardigraphie - XENETIX 300 : urographie intraveineuse, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardigraphie, cholangiopancréatographie par endoscopie rétrograde, arthrographie, hystérosalpingographie - XENETIX 250 : phlébographie, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intra-artérielle, cholangiopancréatographie par endoscopie rétrograde - **Posologie et mode d'administration(*) - Contre-indications :** Hypersensibilité au iobitridol ou à l'un des excipients, antécédents de réaction immédiate majeure ou cutanée retardée (voir rubrique Effets indésirables) à l'injection de XENETIX, Thyrotoxicose manifeste, Hystérosalpingographie en cas de grossesse (XENETIX 250 et 300) - **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi(*) - Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions(*) - Grossesse et allaitement(*) - Effets indésirables(*) - Surdosage(*) - PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES(*) - DONNEES PHARMACEUTIQUES(*) - PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** XENETIX 350 : 3400933771072 : flc 20 ml : 10,41€ - 3400933771133 : flc 50 ml : 25,21€ - 3400956015436 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933791063 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933771362 : flc 100 ml : 46,58€ - 3400956015665 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933771423 : flc 150 ml : 67,72€ - 3400933771591 : flc 200 ml : 83,53 € - 3400933771881 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 30,64€ - 3400936915428 : poche PP 100 ml (bte 1) : 43,92€ - 3400957081690 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936915657 : poche PP 150 ml (bte 1) : 63,73€ - 3400957081751 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400957081812 : poche PP 200 ml (bte 10) - XENETIX 300 : 3400933776794 : flc 20 ml : 9,15€ - 3400933776855 : flc 50 ml : 22,06€ - 3400956015726 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933776916 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933777166 : flc 100 ml : 41,31€ - 3400956015894 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933777227 : flc 150 ml : 59,81€ - 3400933770532 : flc 200 ml : 72,21€ - 3400933770990 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 27,49€ - 3400936914476 : poche PP 100 ml (bte 1) : 38,26€ - 3400957082062 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936914766 : poche PP 150 ml (bte 1) : 55,23€ - 3400957082123 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400957082291 : poche PP 200 ml (bte 10) - XENETIX 250 : 3400933776275 : flc 100 ml : 35,14€ - 3400956016037 : flc 100 ml (bte 10) - **CONDITIONS DE DELIVRANCE :** Liste I - Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65% - Agréés aux Collectivités - (Réf 02/13). GUERBET - BP 57400 - F-95943 Roissy CDG Cedex - Tél : 01.45.91.50.00 - (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur le site internet Guerbet.fr ou sur le site de l'ANSM /services/répertoire des médicaments.

PF1342 - 13/7/66613789/PW/12 - Juin 2013 - Création : DDB - Health Paris - Réalisation : Citron Marine

Guerbet | 
Contrast for Life



Les orientations de la future loi de santé

Le 19 juin dernier, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté les grandes orientations du projet de loi de santé publique. Ce projet repose sur la stratégie nationale de santé (SNS) exposée en septembre dernier. Il veut répondre aux défis posés au système de santé français :

- Le vieillissement de la population.
- Le développement des maladies chroniques qui touchent près d'un Français sur quatre.
- La mobilisation de l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité des prises en charge.

La ministre a l'ambition, au travers de cette future loi, de modifier le rapport des Français à leur santé par un renforcement de la prévention, un remboursement simplifié des soins, des délais de consultations plus brefs, une prise en charge plus compréhensible pour tous.

Le projet de loi s'articule autour de quatre grandes orientations :

- Instaurer la prévention, comme un des socles de la politique de santé,
- Mettre en place un service territorial de santé,
- Favoriser l'innovation,
- Mettre en place une nouvelle gouvernance.

I La prévention comme un des socles de la politique de santé.

Pour la ministre, la loi doit d'abord réaffirmer que la responsabilité de l'Etat en matière de santé commence par la prévention.

La prévention n'a pas vocation à punir ou à réglementer ou à taxer. Le projet ne comportera donc aucune nouvelle mesure fiscale.

L'état de santé des Français montre, dès l'école, de fortes inégalités devant la santé. La loi instaurera un parcours éducatif permettant à tous les enfants scolarisés d'acquérir des connaissances en santé et d'adopter les bons comportements. Elle prévoira aussi la possibilité pour les parents de choisir un médecin traitant, généraliste ou pédiatre, pour leur enfant.

Les adolescents doivent être protégés contre les addictions. Un programme national de réduction du tabagisme sera prochainement annoncé et les visera en particulier. Des actions seront aussi menées contre l'alcoolisation excessive.



La loi de santé fixera des priorités mais la ministre entend aussi se donner les moyens de les mettre en œuvre.

Un comité interministériel pour la santé a déjà été créé, avant même la présentation de la loi, pour faire partager à tout le gouvernement les priorités de santé.

Les outils, aujourd'hui dispersés, de la prévention seront réunis dans un Institut pour la prévention, la veille et l'intervention en santé publique.

Le projet confortera la mobilisation des acteurs locaux et sociaux. La démarche de médiation sanitaire, initiée par les associations, sera inscrite dans la loi.

II La mise en place d'un service territorial de santé au public.

Le projet se veut une réponse de proximité aux besoins des patients afin de renforcer l'accès aux soins pour tous.

Le service territorial structurera les soins primaires dans au moins cinq domaines clefs: les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées.

Le rôle des Agences régionales de santé (ARS) sera renforcé. Elles pourront, par exemple, réorienter leur financement. Ainsi, pour être autorisées, certaines activités seront conditionnées à la participation de leur titulaire à la permanence des soins. Cette future disposition inscrit dans la loi une pratique déjà très répandue dans les régions pour les autorisations d'équipements lourds. Mais il faudra aussi répondre à la demande des médecins radiologues auxquels sont imposées les contraintes de la PDS sans financement.

La ministre a rappelé sa décision de généraliser le tiers-payant pour la part correspondant à celle de l'assurance maladie et pour celle des complémentaires. Dès 2015, les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé seront dispensés d'avance de frais. D'ici 2017, le tiers-payant sera étendu à tous les assurés.

Le projet garantira aux personnes modestes des prix accessibles pour des produits de santé tels que les lunettes. La loi proposera un "GPS santé" qui aura vocation à assurer l'information des patients sur l'ensemble du système de santé au travers d'un portail web.

Le parcours du patient sera mieux coordonné. Chaque patient sortant de l'hôpital recevra, le jour même, une lettre de liaison, éventuellement dématérialisée, pour faire le lien avec les professionnels de ville. La maîtrise d'œuvre du dossier médical sera confiée à l'assurance maladie.



Le développement des parcours conduira à une évolution progressive et négociée des modes de rémunération des professionnels et des établissements de santé.

La loi consacra un service public hospitalier rénové, conçu comme un bloc d'obligations. Les établissements privés pourront y participer sous réserve du respect de ce bloc. Les conditions de l'exercice libéral, ainsi que de l'intérim à l'hôpital devraient être clarifiées.

L'hôpital sera doté d'une responsabilité nouvelle vis-à-vis de son territoire. Pour y parvenir, la loi rendra obligatoire les groupements hospitaliers de territoire pour mutualiser certaines activités (système d'information, achats, ...).

III Faire le pari de l'innovation.

L'Etat a pour rôle de faciliter et de garantir un écosystème favorable à l'innovation.

Pour les hôpitaux, les délais concernant les essais cliniques à promotion industrielle seront réduits de 18 à 2 mois. Le projet généralisera le dispositif de la convention unique à l'ensemble des catégories d'établissements de santé.

De nouveaux métiers seront reconnus, notamment les professions paramédicales à pratiques avancées comme les infirmiers cliniciens.

IV Une nouvelle gouvernance.

L'unité de la politique de santé est réaffirmée. La loi donnera les moyens d'une meilleure articulation des interventions de l'Etat et de l'assurance maladie.

La loi engagera la rénovation du dispositif conventionnel. La négociation nationale restera le cadre de référence mais devra intégrer l'exigence de son adaptation régionale et territoriale.

La loi confortera le dialogue social avec la création d'un conseil supérieur des personnels médicaux hospitaliers.

La démocratie sanitaire sera renforcée en permettant aux patients de "co-construire davantage les politiques de santé". Les usagers seront aussi mieux représentés dans les ARS.

Face aux dommages sériels en santé, l'action de groupe sera instaurée.

Le texte sera soumis à l'avis du Conseil d'Etat cet été, pour être présenté en septembre en Conseil des ministres. Il sera ensuite transmis à l'Assemblée nationale et son examen devrait commencer au début de l'année 2015. ■



AUDE

Suite aux élections du syndicat de l'Aude du 18 juin 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :
Vice-Présidente :
Secrétaire :
Trésorier :

Dr Jacques BERNIER (Carcassonne)
Dr Bernadette MANDOUL (Narbonne)
Dr Jean Olivier ROUX (Carcassonne)
Dr Katia GIOBBINI (Narbonne)

DORDOGNE

Suite aux élections du syndicat de la Dordogne du 21 mai 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :
Vice-Présidents :
Secrétaire :
Trésorier :

Dr François JAMBON (Périgueux)
Dr Serge SOUYRIS (Périgueux)
Dr Hervé REP (Thiviers)
Dr Roger TRAN (Bergerac)
Dr Patrick De CAZES (Sarlat)

PYRÉNÉES ATLANTIQUES - PAYS BASQUE

Suite aux élections du syndicat des Pyrénées Atlantiques-Pays Basque du 17 juin 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :
Secrétaire :
1^{ère} Secrétaire adjointe :
2^{ème} secrétaire adjoint :
Trésorier :
Trésorier adjoint :

Dr Alain SAINT AMON (Anglet)
Dr Pierre CASENAVE (Bayonne)
Dr Juliette CORTADE (Saint-Jean-de-Luz)
Dr serge LESCURAT (Saint-Jean-de-Luz)
Dr Philippe ARRAMON-TUCOO (Bayonne)
Dr Khalid ISSAADI (Saint-Palais)

VAR

Suite aux élections du syndicat du Var du 24 juin 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :
Vice-Président :
Secrétaire général :
Trésorier :
Autre membre :
Membre d'Honneur :

Dr Gilles ARNAULT (Toulon)
Dr Eric GUILLEMOT (Fréjus)
Dr Christian VALENTIN (Hyères)
Dr Patrick WILSHIRE (Bandol)
Dr Michel BESSIERES (Toulon)
Dr Jean-Marie COESPEL (Six-Fours-les-Plages)

Hommages



Dr Jean-Pierre AUBIN

Nous venons d'apprendre le décès le 14 juin 2014 du **Docteur Jean-Pierre AUBIN** à l'âge de 87 ans. Il était médecin radiologue retraité à PARIS (75). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr Pierre BRET

Nous venons d'apprendre le décès le 22 mai 2014 du **Docteur Pierre BRET** à l'âge de 91 ans. Il était médecin radiologue retraité à LYON (69). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



CrystaLine



Exploration des structures profondes

Flux de travail simplifié

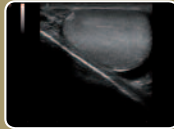
DIAGNOSTIC

CPI



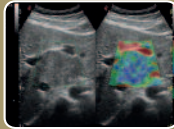
Exploration structures profondes patients obèses ou peu échogènes

18/22 MHz



L'univers infra-millimétrique

elaXto



Elastographie Sein - Thyroïde Foie - Prostate

CnTI™



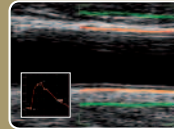
Produits de contraste

3D-4D XLight



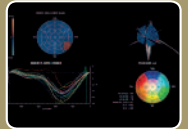
Imagerie volumétrique

QIMT/QAS



Mesures IMT et rigidité artérielle en temps réel (signal RF)

XStrain/ XStrain 4D

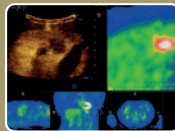


Analyse volumétrique du VG

INTERVENTIONNEL

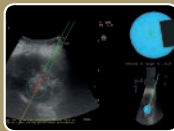


Virtual Navigator



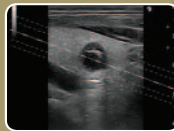
Fusion d'images Abdomen - Urologie Vasculaire - Transcranien Musculosquelettique

Virtual Biopsy



Suivi de l'aiguille en temps réel Aide aux biopsies complexes

EchoLaser



Diagnostic échographique & Thérapie par thermoablation au laser



MyLab[®]Alpha



MyLab[®]Seven



MyLab[®]Twice

MyLab[®]Class C



Ces échographes sont des dispositifs médicaux de classe IIa à destination des professionnels de santé. Ils interviennent dans la pratique diagnostique. L'examen médical doit être réalisé par un médecin ayant compétence pour la pratique et la réalisation de ces actes. Celui-ci doit au préalable prendre connaissance et respecter les conditions et recommandations d'utilisation figurant dans la notice fournie avec les dispositifs médicaux. Ces dispositifs sont des produits de santé réglementés qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE 00551.



ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**Séminaire destiné aux
Manipulateurs diplômés** n'ayant pas validé
la formation au dépistage analogique
et travaillant exclusivement en numérique

BULLETIN D'INSCRIPTION à retourner à FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

(NUM EXCLUSIF)

ORGANISATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN et CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

MERCI DE COCHER LA DATE DE VOTRE CHOIX :

- 09-10 Septembre 2014 : Paris**
 11-12 Septembre 2014 : Paris

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail employeur : _____

Adresse E-mail du salarié : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-PL/ACTALIANS Autre : Nom : _____
Adresse : _____

Désire inscrire à ce programme : renseignements obligatoires concernant le participant :

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Manipulateur diplômé

Equivalence Contrôle d'aptitude

Equivalence Vérification des connaissances

Joindre la copie du diplôme ou équivalence

Date :

Signature :

**Le prix de revient de cette formation est de 847 € par personne,
pour les deux jours, déjeuners inclus.**

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL / ACTALIANS : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 €, la copie du dernier bulletin de salaire ainsi que la copie du diplôme pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque sera retourné après participation à la formation. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, ce montant sera conservé par FORCOMED.

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

Joindre un chèque de 847 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation, ainsi que la copie du diplôme.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.



Programme de DPC destiné aux radiologues et aux manipulateurs



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

BULLETIN D'INSCRIPTION à retourner à FORCOMED

Les modalités d'inscription vous seront adressées en retour

Vous êtes radiologue, vous êtes manipulateur, vous souhaitez valider votre DPC 2014 tout en répondant à la démarche qualité incitée par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'évaluation et l'analyse des pratiques cliniques (article R1333-73 du Code de la santé publique)

CETTE SESSION EST FAITE POUR VOUS !

RADIOPROTECTION DES PATIENTS : SUIVI DOSIMETRIQUE DES PROCEDURES D'EXAMEN EN RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

VOUS VOUS ENGAGEZ À VALIDER 3 ÉTAPES :

- 1 - Analyse des pratiques : du 08/10/2014 au 02/11/2014**
- 2 - Journée de formation : vendredi 21 novembre 2014 à Paris**
- 3 - Suivi de l'amélioration : du 11/12/2014 au 30/12/2014**

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

Nom : _____ Prénom : _____

Radiologue Manipulateur

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

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

Fait le :

Signature :



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10473 04 Groupe 10 radiol. (SCM) recherc., suite départs retraite et en vue d'associations, des radiol. pour exercer sous forme d'activité libérale secteur 1 (multisites) : radiol. convent., Echo. générale et obstétricale, mammo. conven. et interven., cone beam, 4 scan., 2 IRM sous forme de 2 GIE, téléradiol., possibilité d'activité hospit. à temps partiel ou sur mode contractuel. Remplacement préalable souhaité.

› Contact : Dr EGEA Edmond
Tél. : 06.11.92.81.56.
Email : edmond.egea@imageries-medicales.com

10474 06 Antibes, cab. 7 radiol. en pleine expansion, recherc. Collaborateur en vue d'association.

› Contact : Mme Patricia ZEMA
Tél. : 04.93.34.66.57.
Email : zemapat@orange.fr

10475 31 Toulouse Blagnac, SCM 9 radiol., 2 cab. activités sans garde, 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

10476 33 Mérignac, urgent, proche du CHU, cab. radiol. et écho., cause départ retraite, cherc. successeur. Activité radiol., mammo. num., ostéo., panoramique dentaire, téléprofil, écho. (Voluson E8 GE). Pas d'astreinte, peut convenir à 2 radiol. (4 salles d'exams). Cab. informatisé, cession montant symbolique. Locaux en location ou en achat avec parking. Remplacements et/collaboration possible(s) les premiers mois.

› Tél. : 06.74.64.57.08.
Email : irene2coadou@orange.fr

10477 34 Languedoc, groupe 4 radiol. Cherc. 1 ou 2 radiol. pour une succession. 2 sites : cab. de ville multidisciplinaire, importante clientèle mammo, spacieux et parking + clinique avec scanner à 50 % + accès IRM dans GIE.

› Tél. : 06.12.98.76.96. ou 06.81.79.64.37.

10478 56 Bretagne Sud littoral, recherc. un 4^{ème} associé, pas d'apport (SELARL), temps plein ou partiel possible, cab.de ville et clinique : 2 scan., 2 IRM en propre, mammo. num. plein champ, Cone Beam.

› Contact : 06.62.74.26.02
Email : pierre.marion56@gmail.com

10479 66 Perpignan, groupe 19 radiol., activité centrée sur 2 cliniques. 2 scan, 2 IRM, cherc. 2 assoc. uro-radio, ostéoarticulaire, séno., imagerie du sportif, imagerie thoracique, obstétrique non nécessaire, site web à consulter radiopole.fr.

› Contact : radiopole@wanadoo.fr

10480 67 Proximité Strasbourg, cherc. successeur (cause retraite) pour exercice en cabinet SCM 2 radiol. Radiologie conventionnelle numérisée, séno., écho., pano., accès scan. et IRM.

› Tél. : 06.62.52.60.18.

10481 68 Sud-Alsace, cause retraite, cherc. successeur, cab. libéral secteur 2, radio. convent. num., séno, écho, pano, ostéo, IRM, accès scan.

› Tél. : 03.89.40.25.47.
Email b_bittighoffer@hotmail.com

10482 74 Annemasse, SELARL 9 radiol. secteur 2 (clinique MCO 220 lits + 2 cab. + scan. sur site + large accès IRM) cherc. assoc. ACCA ou équivalent.

› Contacts :
Dr BERGER : 06.84.62.52.95.
Dr FINCK : 06.77.37.53.82.

10483 75 Paris 19^{ème}, groupe radiol., recherc. Radiol. pour effectuer des vacations régulières en particulier le

lundi et le mercredi. Plateau technique complet : radio., écho., mammotome, mammo. capteur plan, PACS, TDM, IRM sur place.

› Contact : Dr ABDERRAHIM
Tél. : 06.83.72.28.59 ou écrire à scannermanincrimee@gmail.com

10484 83 Fréjus - Saint-Raphaël, groupe 9 radiol., cherche 1 radiol. dans le cadre d'une succession. Plateau technique complet (TDM, IRM en nom propre), importante activité séno. (+ 4000/an, tomosynthèse, biopsie).

› Tél. : 06.31.25.68.19.
Email : drimast@icloud.com

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

Le
**Médecin
Radiologue**
de France

Directeur de la Publication : Dr Jean-Philippe MASSON
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 Jean-Philippe MASSON
Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2014

Les bureaux de la FNMR et
de FORCOMED seront
fermés du lundi 4 août,
au mercredi 27 août 2014 inclus.
Bonnes vacances à tous.



PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

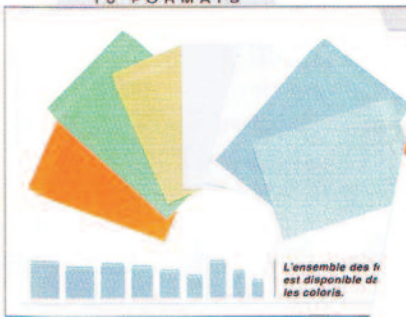
BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS



L'ensemble des formats est disponible dans les coloris.

7 coloris au choix

Descriptif

• Formats disponibles

15cm x 25cm	29cm x 38cm
16cm x 22cm	31cm x 41cm
21cm x 29cm	37cm x 47cm
22,5cm x 32,4cm	37cm x 47cm
24cm x 31cm	37cm x 47cm

Chemises



SANS RABAT

Descriptif

Formats disponibles
20cm x 25cm
24cm x 31cm



AVEC RABAT

Descriptif

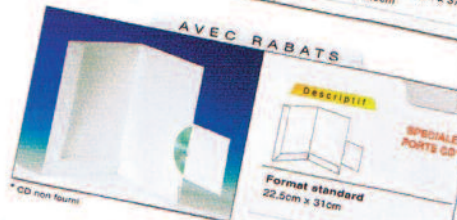
Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 31cm
24cm x 31cm



AVEC RABAT

Descriptif

Formats standards
22,5cm x 31cm - 25,5cm x 37cm
36,5cm x 43,5cm



AVEC RABAT

Descriptif

Format standard
22,5cm x 31cm

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs
• Impression personnalisée 1, 2 ou 3 couleurs à votre choix (logos, photos, etc)
• Expédition 2 à 3 semaines avec impression personnalisée

Liste non exhaustive. Autres modèles sur simple demande. N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits Tél. 04 77 72 21 24

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Descriptif

• Formats
28cm x 35cm
31cm x 41cm
40cm x 50cm
• Poignée rapportée bleue
• Impression standard
• Expédition sur stock

PERSONNALISÉS

Poignée rapportée

Descriptif

• Formats à votre demande
• Coloris blanc ou couleur à votre choix
• Impression 1, 2 ou 3 couleurs

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents

et aussi...
cavaliers, papier en tête,
cartes de rendez-vous,
cahiers de rendez-vous...

Livraison immédiate • Produits standards
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



BythewayCreatcom - @Casty-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.uniprevoiance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire