

La lettre de la FNMR  
[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)

## Bonne année ?



L'année qui vient de s'écouler s'est terminée par une mobilisation sans précédent de tous les syndicats médicaux représentatifs contre le projet de loi sur la santé.

La FNMR s'est jointe à ce mouvement de fermeture ou de grève de la PDS du 24 au 31 décembre et la participation des médecins radiologues a été forte. Il faut dire que ce projet de loi représente un danger majeur pour l'avenir de la médecine libérale et, en particulier, pour la radiologie.

Si le tiers payant généralisé a été mis en exergue, il ne doit pas faire oublier le reste du projet de loi dans lequel de nombreux articles semblent beaucoup plus dangereux pour nous.

Dans ce numéro, vous retrouverez un dossier consacré aux différents éléments que nous avons identifiés et que nous devons à tout prix combattre. Cette loi, si elle passait en l'état, entraînerait une étatisation complète de notre profession transformant l'exercice libéral que nous connaissons en une médecine à l'anglaise, administrée, avec ses files d'attente, que les Britanniques eux-mêmes sont en train de réformer.

Le gouvernement, par son ministre de la santé Marisol Touraine, fait preuve d'une obstination coupable qui ne peut que nous inciter à poursuivre les actions jusqu'à la discussion de ce projet de loi à l'Assemblée nationale.

Il est donc indispensable que vous agissiez dans les régions, dans votre départements, auprès de tous les

élus, afin que ceux-ci comprennent que ce projet sera néfaste pour nos patients qui sont aussi leurs électeurs.

Je voudrais, aussi, attirer votre attention sur l'attitude de la FHP qui a négocié en sous-main avec le ministère, avant la grève, n'obtenant que des assurances verbales, se vantant de parler pour les médecins !

En ce début d'année mouvementé, je vous présente, au nom du bureau de la FNMR, tous mes meilleurs vœux pour 2015 qui, je n'en doute pas, sera une fois de plus riche sur le plan syndical.

**Dr Jean-Philippe MASSON**  
*Président de la FNMR*

### ■ Projet de loi santé

La médecine libérale en danger .....	02
Non à la loi de santé .....	04
Analyse du SRH .....	05
Le tiers payant et les pharmaciens .....	06

### ■ La situation des cliniques privées en 2012 .....

### ■ Les coûts de gestion de l'assurance maladie.....

### ■ Exposition de la population française aux rayonnements ionisants liée aux actes de diagnostic médical en 2012 ...

### ■ Statistiques : dépenses assurance maladie : oct 2014 .....

### ■ Vie fédérale .....

### ■ Petites annonces .....

### ■ Enquête FNMR : Imagerie en coupe .....

### ■ Annonceurs :

FORCO FMC et FORCOMED .....	18 & 19
PMFR .....	17



Fédération  
Nationale des  
Médecins  
Radiologues



## La médecine libérale en danger

Le projet de loi de santé était attendu avec impatience dans l'espoir d'une adaptation indispensable de notre système de santé pour répondre aux défis du vieillissement de la population, de la montée des affections de longue durée et de l'innovation. Le constat est connu : médecine de ville sous-dotée et dévalorisée, hôpitaux saturés, et pour la plupart en déficit chronique, services d'urgence débordés, etc.

Le projet présenté a provoqué stupéfaction et rejet dans le monde libéral (voir l'article de Laurent Verzaux, Vice-Président de la FNMR) sans pour autant obtenir l'adhésion du monde hospitalier (voir l'article de Pascal Beroud, Président du SRH).

Le mouvement de la fin décembre a marqué l'opposition des médecins libéraux sur les grandes orientations du projet et sur certaines de ses dispositions : tiers-payant généralisé, mise sous tutelle de la médecine libérale, distorsion de traitement entre médecins libéraux et hospitaliers, menace sur les autorisations d'imagerie en coupe, etc.

Devant le refus de la ministre d'engager le dialogue, le mouvement se poursuit sous d'autres formes pour obtenir une réécriture du texte reconnaissant le rôle indispensable de la médecine libérale.

### LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC (STSP)

Ce que dit le texte (Art 11 et suivants)	Ce qu'il signifie
Dans chacun des territoires de santé..., l'agence régionale de santé est en charge du service territorial de santé au public, qui vise à réaliser, au moyen de contrats territoriaux de santé conclus avec l'ensemble des acteurs de santé intéressés, les objectifs du projet régional de santé ... Le directeur général de l'ARS peut subordonner une autorisation (création d'établissement de santé, activités de soins et installation des équipements lourds) à la participation du bénéficiaire à un contrat territorial de santé.	Les pouvoirs des ARS, déjà importants, sont renforcés. Par le biais des contrats territoriaux, elles peuvent décider de tout projet d'installation notamment d'équipement lourd. Les autorisations pourront, comme l'indique le projet, être conditionnées par la participation au Service Territorial de Santé au Public (STSP). Le projet indique aussi que le contrat territorial de santé sera le cadre de la contractualisation associant l'ensemble des acteurs.

### LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SPH)

Ce que dit le texte (Art 26)	Ce qu'il signifie
Le service public hospitalier consiste à assurer à la population l'ensemble des missions propres à tout établissement de santé. Les établissements et les professionnels de santé garantissent .... l'absence de facturation au patient de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires. Le service public hospitalier peut également être assuré par les établissements de santé privés, à leur demande, dès lors qu'ils exercent l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.	Les hôpitaux sont consacrés comme les seuls porteurs des valeurs du service public que sont l'accueil sans discrimination et permanent pour des soins de qualité. Les établissements privés qui n'assureraient pas l'intégralité des services publics (urgences, activités de soins, etc.) seraient exclus de ce service. Dans ce cas, les radiologues libéraux en subiraient aussi les conséquences. Les médecins libéraux ne seraient pas autorisés à pratiquer des honoraires libres dans le cadre du SPH alors que les hospitaliers conserve le droit de tarifier en secteur 2 dans les hôpitaux publics.

## LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRES

Ce que dit le texte (Art 27)	Ce qu'il signifie
<p>Le groupement hospitalier de territoire est constitué par des établissements publics de santé. Les établissements privés peuvent être associés aux groupements par voie conventionnelle.</p> <p>La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : .../... Les délégations ou transferts d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissement membres.</p>	<p>Ces groupements, pilotés par les établissements publics et constitués sous l'égide des ARS, pourront donc décider du transfert éventuel d'équipements lourds entre les membres.</p>

## LES SCANNERS ET LES IRM (ART N° 51)

Ce que dit le texte (Art 51)	Ce qu'il signifie
<p>Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures d'amélioration des outils de coopération entre établissements de santé ou professionnels de santé et visant à :</p> <p>Clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations par un groupement de coopération sanitaire.</p> <p>Harmoniser les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.</p>	<p>Le Gouvernement décidera seul de ces mesures relatives aux autorisations d'équipements lourds.</p> <p>Articulé avec les articles relatifs au Service territorial de santé au public et au Groupements Hospitaliers de santé, ces modifications laissent craindre que la priorité accordée aux établissements publics pour les autorisations soit encore renforcée.</p> <p>La FHF a d'ailleurs salué ce texte en se réjouissant de la création de pôles publics d'imagerie.</p>

## LA CONVENTION MEDICALE

Ce que dit le texte (Art 40 et 41)	Ce qu'il signifie
<p>Les ministres peuvent définir conjointement des principes cadres préalablement aux négociations des accords, contrats et conventions.</p> <p>Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tient compte de ces principes cadres dans la définition des orientations.</p> <p>Les conventions ... peuvent prévoir dans ces mêmes contrats types, les modalités d'adaptation régionale de toute mesure, excepté celles relatives aux tarifs ... et aux modes de rémunération des professionnels.</p> <p>Le directeur général de l'ARS arrête l'adaptation des contrats types nationaux, sous la forme de contrats type régionaux.</p>	<p>Le Gouvernement imposera ses orientations pour les négociations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.</p> <p>Les ARS auront le pouvoir d'adapter les contrats types nationaux.</p> <p>Le partenariat conventionnel est soumis au décret ministériel et/ou de l'ARS.</p>

## L'ACCENTUATION DES DELEGATIONS DE TACHES

Ce que dit le texte (Art 30à 34 et 51)	Ce qu'il signifie
<p>Préciser et simplifier les relations du manipulateur d'électroradiologie médicale avec les différents professionnels de santé.</p>	<p>La délégation de tâche concerne les radiologues. Les manipulateurs qui peuvent, aujourd'hui, pratiquer les échographies d'acquisition réalisées sous la responsabilité d'un radiologue pourraient, d'ici quelques années, devenir une profession intermédiaire comme l'infirmière clinicienne prévue dans ce projet.</p> <p>Ces développements pourraient conduire à l'exercice de l'échographie par les seuls manipulateurs posant la question de la responsabilité médicale et juridique du radiologue.</p>



## Non à la loi de santé

Le projet de loi sur la santé n'est pas un projet de santé publique mais un projet de loi anti libéral et surtout anti liberté de choix des patients au profit d'une médecine totalement administrée, planifiée, déshumanisée qui aboutira à la déconstruction du modèle social de 1945 garantissant à chaque citoyen un accès à une médecine de proximité et de qualité.

Un directeur de CHU ouvrant une réunion appelait de ses vœux la suppression de la radiologie libérale. Ce projet va bien au-delà de ses espérances.

Le texte ne propose pas seulement la suppression de la radiologie libérale mais de toute la médecine libérale de ville et d'établissement.

La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) l'avait bien compris, c'est pourquoi, elle avait, dans un premier temps, soutenu ce mouvement initié par les médecins généralistes. Si elle a, un temps, compté lui donner une ampleur particulière à partir du 5 janvier c'est qu'elle avait bien perçu la force du rejet car il n'est pas possible d'accepter la mort programmée du secteur privé au prétexte d'accessibilité aux soins alors qu'il est le plus efficient et que le reste que le reste à charge y est le moins élevé. Le reste à charge est de 200€ par séjour dans le secteur privé alors qu'il s'élève à 330€ par séjour dans le secteur public.

Le revirement de la FHP est incompréhensible alors qu'elle n'a obtenu que des promesses sans que le texte soit, à ce jour, modifié.

La médecine de proximité ne représente que 21% de l'allocation budgétaire, les honoraires médicaux 10% des dépenses quand les dépenses hospitalières représentent 55%. La France a 100 000 lits d'hospitalisation de plus que l'Allemagne ! Le coût d'un séjour dans le secteur privé est de 22% inférieur à celui du public pour une même pathologie.

Pourquoi un tel acharnement de la part des technocrates vis-à-vis du secteur libéral qui rend tant de services à la population ? L'efficacité de l'hospitalisation privée repose sur la médecine libérale. Le futur service public hospitalier organise la marginalisation de l'hospitalisation privée avant sa pure et simple disparition.

Pour pouvoir appartenir au service public hospitalier, c'est à dire pouvoir accueillir des urgences, disposer d'équipements lourds, obtenir des autorisations d'activité de cancérologie, avoir accès aux traitements innovants, les établissements privés devront s'engager à ce qu'il n'y ait aucun dépassement de la part des praticiens, qu'ils soient en secteur II, en contrat d'accès aux soins CAS, en secteur I avec dépassement pour exigence particulière DE, alors que dans le même temps, les praticiens hospitaliers publics pourront continuer à exercer en secteur II dans le cadre de leurs activités privées au cours desquelles ils utilisent le matériel et les personnels de l'hôpital.

Il y a donc bien deux poids, deux mesures !

Nos collègues hospitaliers seraient aussi bien inspirés de s'intéresser à cette loi anti médecins car dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires ils seront contraints de subir des mobilités non voulues.

La généralisation du tiers-payant est une mesure dont le coût de mise en œuvre n'a pas été évalué. Elle a notamment pour but de mettre sous dépendance accrue la médecine libérale tout en déresponsabilisant un peu plus le patient alors qu'il y a bien un reste à charge que cette mesure n'efface pas. La feuille de soin électronique et la monétique permettent d'éviter au patient l'avance de frais sans générer de coût de gestion supplémentaire et sans le déresponsabiliser. Cette solution a été proposée par les syndicats de médecins, notamment la CSMF, mais toujours refusée par idéologie. La conséquence est le retard que les médecins ont pris en ce qui concerne les TIC. Des économies de coûts de gestion auraient pu depuis longtemps être engrangées.

*“ Pourquoi un tel acharnement de la part des technocrates vis-à-vis du secteur libéral qui rend tant de services à la population ? ”*

Ce projet prépare aussi la disparition de la convention nationale. Il propose de « *repenser la relation entre l'Etat et l'assurance maladie* » ce qui veut dire que l'Etat définit ses attentes en amont de la négociation conventionnelle, qui devient territoriale ! En clair, il n'y a plus de convention nationale, l'Etat définit ses objectifs financiers (habillés sous le terme de gestion du risque) et les fait exécuter par les ARS qui procèdent par décret après avoir consulté les parties prenantes !

Ce projet veut imposer une médecine planifiée, déshumanisée. Nous défendons une médecine libérale et sociale, efficiente, de proximité, de qualité dont nous refusons la disparition. ■

Dr Laurent VERZAUX  
Vice-Président de la FNMR







# Projet de loi relatif à la santé - Analyse du SRH (Syndicat des Radiologues Hospitaliers)



Nous proposons ci-dessous une lecture de certains articles de cette future loi relative à la santé (version 07/14) avec les commentaires du SRH.

## Projet de loi relatif à la santé et commentaires :

**Article 11 :** L'article institue la création du service territorial de santé au public, outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires.

Avec ce service, les agences régionales de santé (ARS) mettront en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe. Elle a pour objectif de structurer les soins de proximité et d'organiser les parcours de santé, notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale et les personnes en situation de perte d'autonomie ou présentant un risque de perte d'autonomie du fait de l'âge ou d'un handicap.

**Nouvelle structure technocratique administrative, généralisée à toute la France, sans aucune évaluation préalable... et sans définition de ses moyens. Dans tous les cas, il reviendra aux médecins et aux professionnels de santé de ville et à l'hôpital à la faire fonctionner. Donc, il faut reconnaître la présence des hospitaliers aux côtés des libéraux, et pas des directeurs.**

**Article 17 :** Cet article organise la généralisation du tiers-payant pour la médecine de ville.

Pourquoi la limiter à la médecine de ville, nous demandons aussi que les activités ambulatoires hospitalières ainsi que l'activité libérale des PH soit concernées. Rappelons qu'il a fallu attendre plus de 10 ans, pour que le SRH obtienne la télétransmission, et que dans bien des hôpitaux, les caisses ferment avant les scanners ou les IRM, de sorte que nos patients reçoivent ensuite par la poste une facture exigeant le paiement des actes faits tard le soir, ou tôt le matin.

**Article 21 :** I. - A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif

**Domage, que ne soit pas autorisée à nouveau explicitement dans ce cadre, l'expérimentation de projets professionnels soutenue par les radiologues, déjà votée par le Parlement (art 51 de la loi HPST) et enterré dans l'œuf par l'inertie ou la mauvaise volonté de la DGOS qui n'a pas promulgué en temps utile le décret exigé par la loi... Quand l'administration se place volontairement hors la loi, que faire ?**

**Article 22 :** Cet article met en œuvre un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation. Cet article rend obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient lors de sa sortie d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, comportant en particulier toutes les prestations annexes et la répartition des parts obligatoires, complémentaires et particulières, dès l'entrée pour les séjours hospitaliers.

**On rêve... qui peut exiger de nos systèmes d'information un tel niveau de performance, alors que ceux-ci peinent à produire une facture à chaque passage aux urgences... Combien de scanners et d'IRM ne seront pas financés pour financer ce nouveau gadget administratif ?... on croyait qu'il n'y avait plus d'argent dans nos hôpitaux.**

**Article 25 :** Service public hospitalier :

« **Art. L. 6112-1.** - Le service public hospitalier consiste à assurer à la population l'ensemble des missions propres à tout établissement de santé définies au chapitre Ier du présent titre, dans le respect des principes d'égalité d'accueil et de prise en charge, notamment d'accessibilité territoriale et financière, de continuité, d'adaptabilité et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« **Art. L. 6112-2.** - I. - Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui y exercent garantissent en toutes circonstances :

« 5° L'absence de facturation au patient de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Ces garanties sont appliquées à l'ensemble des prestations dispensées au patient, y compris lorsque ce dernier est transféré temporairement dans un autre établissement de santé pour certains actes médicaux.

« Le service public hospitalier peut également être assuré par les établissements de santé privés, à leur demande, dès lors qu'ils exercent l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.

**L'hôpital ne pourra plus envoyer faire un examen dans un centre pratiquant des dépassements. Cela paraît peu raisonnable aujourd'hui et risque de dégrader la qualité de la prise en charge des patients dans le cadre du SPH, d'autant que de nombreux réseaux (de cancérologie ville hôpital, de périnatalité...) se sont mis en place et devraient être dénoncés pour se conformer à cette disposition.**

**Quid des GIE ou GCS, où un ou plusieurs des partenaires sont en secteur 2 ?  
Et pour l'activité libérale des PH, si cela s'applique aussi, de**

**nombreux départs de l'hôpital sont à prévoir...et absence de recrutement (attractivité quand tu nous tiens...)**

**Donc on conforte un système à deux vitesses avec d'une part un service public hospitalier (SPH) supportant toutes les contraintes (PdS, accueil de tous les patients...), et insuffisamment attractif pour retenir les meilleurs médecins (rémunérations statutaires, conditions d'exercice et obligation de se limiter au secteur 1) et d'autre part un secteur privé entièrement libre de son organisation, sélectionnant ses activités et ses patients, avec une liberté des tarifs, attractifs pour les médecins... et c'est la gauche qui propose cela ? ■**

Syndicat des Radiologues Hospitaliers  
[www.srh-info.org](http://www.srh-info.org)

Dr Pascal BEROU  
Président du SRH



## Projet de loi de santé



# Tiers-payant : les pharmaciens n'ont toujours pas digéré



Il faut dire que depuis son instauration en 1974, les pharmaciens ont eu le temps de se frotter au problème du tiers-payant. "Ça n'a pas été facile à mettre en place. Ça nous a demandé beaucoup de temps. Il a fallu faire des accords avec les caisses et les organismes complémentaires... A ceux qui disent, "C'est simple, on peut généraliser sans problème", je dis non ! Ça ne marchera pas comme ça", assure Gilles Bonnefond, le président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO).

Henri Barré est pharmacien à Tours depuis plus de 40 ans. "Les règlements sont un vrai problème. Quand un client... vous paye cash, c'est simple, ça rentre tout de suite dans

la caisse. Il n'y a pas de délais, pas de contrôles à faire derrière... Avec le tiers-payant, on doit faire des contrôles deux fois par semaine pour voir si tout est à jour", explique le pharmacien. Et même malgré ce temps passé, il a des pertes considérables. "Il y a des dossiers qui ne seront jamais payés. C'est de l'ordre de 3 000 euros, rien que pour les mutuelles."

"Je n'ai pas d'avis à donner aux médecins dans leur organisation, mais je les mets en garde. Il faut qu'ils maîtrisent le processus de bout en bout ! Ils ont raison d'exiger un seul organisme payeur, tous les autres systèmes vont leur compliquer la vie", soutient Gilles Bonnefond. ■

# La situation des cliniques privées en 2012 <sup>1</sup>

En 2012, la rentabilité des cliniques privées à but lucratif est estimée à 1,9%, mais leur situation économique et financière dépend fortement de leur secteur d'activité. En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité nette est de 1,3% avec un fort endettement. La rentabilité des cliniques de soins de suite et de réadaptation est de 3,3% avec un endettement faible.

L'étude <sup>2</sup> menée par E. Yilmaz recense 1 060 cliniques privées (Tableau 1) à but lucratif dont le chiffre d'affaires s'est élevé à 13,5 milliards d'euros en 2012. Les cliniques en MCO représentent 78% du chiffre d'affaires total, les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) 17% et les cliniques psychiatriques 5%.

## Une rentabilité contrastée (Figure 1)

La rentabilité nette <sup>3</sup> des cliniques s'établit à 1,9%, en recul de 0,7 point par rapport à 2011. Cette baisse est le résultat de cessions immobilières exceptionnelles en 2011 qui avait relevé le chiffre d'affaires pour cette année-là. La rentabilité pour 2012 s'inscrit dans la période 2008-2010, hormis 2011. Les cliniques SSR et psychiatriques qui n'ont pas réalisé d'opérations immobilières en 2011 enregistrent une hausse

de leur rentabilité. Elles sont d'ailleurs les plus rentables avec 6% (+0,2) devant les cliniques SSR avec 3,3% (+0,4) et les cliniques MCO avec 1,3%. Pour les cliniques MCO, la baisse, en raison des opérations immobilières, est de 1,1 point par rapport à 2011 et de 0,25 par rapport aux années 2008-2010.

Près d'un tiers (30%) des cliniques sont déficitaires. Parmi les MCO, 33% sont déficitaires contre 32% en 2011.

Au sein des établissements MCO, les cliniques pluridisciplinaires, qui représentent les trois-quarts du chiffre d'affaires de cette catégorie, voient leur rentabilité nette baisser de 2,1% à 1,1% en 2012. La rentabilité des cliniques spécialisées passe de 1,7% à 0,6%. La rentabilité des cliniques de dialyse est de 13%, pour les cliniques de HAD elle est de 3%. Enfin, celle de radiothérapie est de 0,5%.

**Tableau 1 : Nombre de cliniques privées**

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)	
Cliniques pluridisciplinaires	304
Cliniques spécialisées	190
Radiothérapie	67
Dialyse	51
Hospitalisation à domicile	27
Soins de suite et de réadaptation	284
Psychiatrie	137
Ensemble	1060

<sup>1</sup> La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012. Engin Yilmaz. Etudes et résultats n° 878 de mars 2014. DREES.

<sup>2</sup> L'étude ne recense que les comptes des sociétés d'exploitation. Les données statistiques ne permettent pas d'inclure les comptes des sociétés immobilières faute de pouvoir les rattacher.

<sup>3</sup> Résultat net sur chiffre d'affaires.

## Le résultat d'exploitation des MCO en baisse

Le résultat d'exploitation des cliniques MCO s'établit à 2,6% en baisse de 0,2 point par rapport à 2011, année au cours de laquelle il avait déjà baissé de 0,8% point. Il était de 2,8% en 2008.

## Baisse des capacités d'autofinancement des cliniques MCO

La capacité d'autofinancement des cliniques MCO est relativement stable autour de 4% du chiffre d'affaires. Elle a baissé de 3,9% en 2011 à 3,7% en 2012 mais reste à un niveau comparable depuis 2008.

La capacité d'autofinancement des cliniques SSR s'améliore avec 5,2% du chiffre d'affaires, celle des cliniques psychiatriques est stable à 8%.

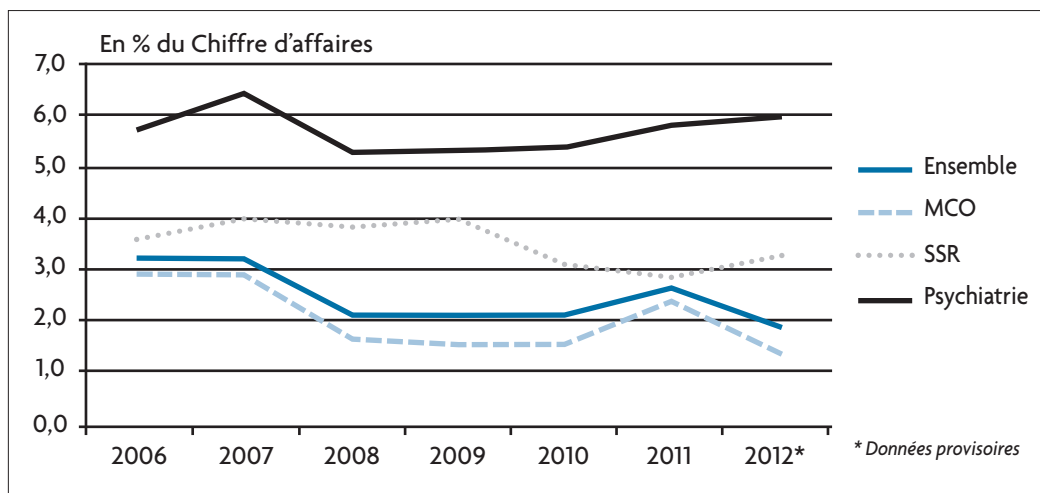
## Ralentissement des investissements

Depuis 2009, l'investissement des cliniques privées baisse régulièrement. En 2012, il marque un nouveau recul avec 3,9% du chiffre d'affaires contre 5,3% en 2011. Les cliniques MCO ont suivi, à la baisse, la courbe de l'ensemble des établissements. Les cliniques SSR ont, elles, enregistré une forte baisse passant de 7,5% à 3,8%. Seules les cliniques psychiatriques ont relevé leur niveau d'investissement à 7% (Figure 2).

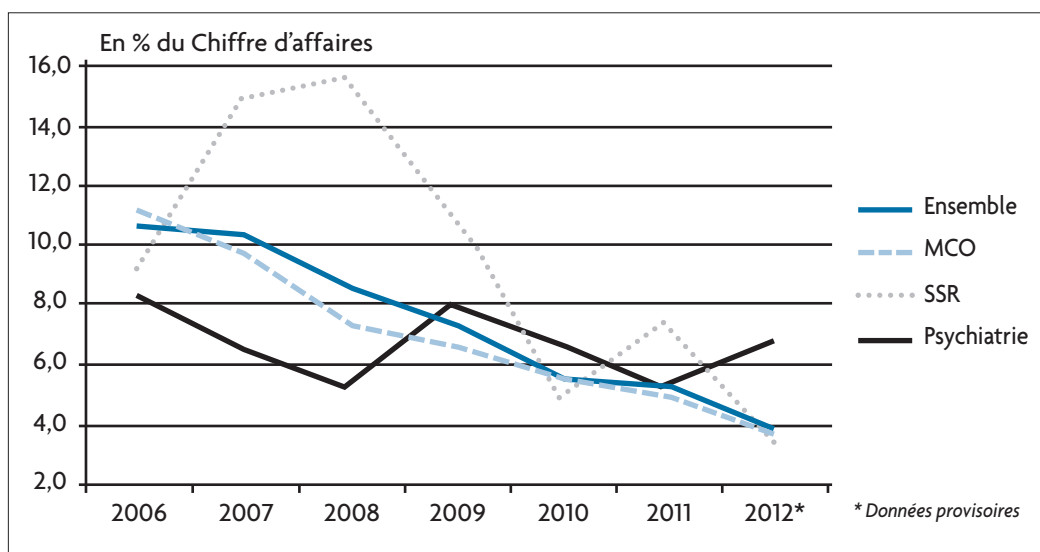
## Hausse de l'endettement

L'endettement des cliniques est remonté en 2012 à 43,2% des capitaux permanents, après une baisse en 2011. Ce mouvement affecte principalement les cliniques MCO avec un taux d'endettement de 45%. Celui des cliniques SSR et psychiatriques baisse, respectivement à 41,4% et 25,9%. ■

**Figure 1 : Rentabilité des cliniques privées**



**Figure 2 : L'investissement des cliniques privées**







# Les coûts de gestion de l'assurance maladie

L'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales ont étudié le coût de gestion de l'assurance maladie <sup>1</sup> en France. Pour 2011, il est de 12,5 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Son organisation est éclatée avec 86 opérateurs pour gérer 14 régimes obligatoires et 682 organismes pour gérer l'assurance complémentaire. Les gisements d'économies sur la gestion seraient de l'ordre de 1,7 milliard en réduisant les écarts de performance entre les grands réseaux de caisses et en ramenant le nombre d'opérateurs de l'assurance obligatoire à deux.

La première partie de ce rapport est centrée sur l'analyse de l'organisation de l'assurance maladie. Quatre chapitres sont ensuite consacrés aux pistes d'économies de gestion à partir des projets mêmes de l'assurance maladie ou d'orientations proposées par les auteurs du rapport.

## I Une organisation complexe

Premier constat, la gestion de la protection sociale est particulièrement complexe. Si le principe est simple, à savoir une couverture maladie universelle de base, la mise en œuvre, sur une base professionnelle, conduit à une multitude d'organismes auxquels s'ajoutent les organismes complémentaires.

### I.1 L'assurance maladie obligatoire (AMO)

L'assurance maladie couvre 68,7 millions d'assurés dont 59 millions (85,6%) par le régime général.

Trois principaux organismes gèrent la couverture maladie obligatoire : le régime général, le régime social des indépendants et le régime agricole. Plus d'une dizaine de régimes dits spéciaux gèrent des groupes professionnels spécifiques qui peuvent être très réduits comme le Port autonome de Bordeaux. Enfin, les grands régimes peuvent déléguer la gestion de la couverture à différents organismes comme, par exemple, les mutuelles étudiantes. Au total, ce sont 86 opérateurs qui interviennent dans la gestion de la couverture obligatoire.

L'organisation est encore plus complexe dans la mesure où ces différents organismes n'ont pas les mêmes périmètres d'intervention. Ainsi, la MSA est en charge de tous les risques (maladie, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, famille) et se charge du recouvrement des cotisations alors que d'autres ne couvrent que la maladie comme la CNAM ou la caisse du port de Bordeaux.

## Les principaux régimes obligatoires

68,74 millions d'assurés

Le régime général couvre 59,07 millions d'assurés (85,6%).

Le régime social des indépendants (RSI) couvre 4,07 millions de bénéficiaires (5,09%).

Le régime agricole couvre 3,33 millions de bénéficiaires (4,8%).

Les régimes spéciaux couvrent des populations professionnelles spécifiques (2,4 millions de bénéficiaires) : Banque de France, Chambre de commerce et d'industrie de Paris, mines, marins, armées, SNCF, ...

Pour ajouter une dernière touche de complexité, le rapport rappelle que certains processus sont gérés par plusieurs acteurs ou par une caisse pour le compte d'une autre comme par exemple la gestion du régime des industries électriques et gazières partagée entre la CAMIEG, pour l'affiliation, et la CPAM 92 pour la liquidation des prestations.

L'organisation informatique suit, pour partie, la complexité du système. Ainsi, les trois principaux opérateurs organisent la gestion du régime de base à l'échelon local avec 102 CPAM, 35 caisses MSA et 30 caisses du RSI. Dans cette organisation, les seuls changements de caisse ou de régime d'affiliation de bénéficiaires mobilisent, chaque année, l'équivalent de 1800 postes soit un coût de 90 millions par an. Ces mouvements sont particulièrement importants entre le RSI et les CPAM ou entre le régime étudiant et les CPAM. Le rapport évalue à 1,9 million les mouvements entre régime étudiant et CPAM qui représenteraient 22,5% de toutes les opérations (affiliations, entrées, sorties) de tous les régimes (8,38 millions).

<sup>1</sup> Les coûts de gestion de l'assurance maladie. Rapport de l'IGS et l'IGAS. Septembre 2013. La date de publication est erronée. Le rapport a été demandé par les ministres en juillet 2013 et rendu public le 15 décembre 2014.

## 1.2 L'assurance maladie complémentaire (AMC)

Le nombre d'organismes complémentaires	2007	2012
Sociétés d'assurance	99	93
Institutions de prévoyance	46	29
Mutuelles	849	560
<b>Total</b>	<b>994</b>	<b>682</b>

La prise en compte des assurances complémentaires (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, mutuelles) ne simplifie pas le tableau. Elles couvrent près de 88% des personnes résidant en France. Leurs remboursements représentent 14% des dépenses de soins de santé pris en charge. En dépit de plusieurs facteurs poussant au regroupement <sup>2</sup>, le monde complémentaire reste très morcelé. Il est passé de 994 organismes en 2007 à 682 en 2012. Les complémentaires gèrent deux types de contrat: individuels et collectifs, souscrits par les entreprises. Le nombre de contrats différents est particulièrement élevé. Un des principaux assureurs gère, à lui seul, 35 000 formules différentes dans le cadre des contrats collectifs.

La liquidation conjointe de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire reste l'exception <sup>3</sup>.

Le développement des systèmes informatiques des différents acteurs et leur coordination sont confiés à la CNAM mais il progresse lentement et les années 2010-2012 ont été marquées par l'échec de projets impliquant l'assurance médicale obligatoire et complémentaire (AMO et AMC).

L'absence de stratégie d'ensemble a pour conséquence :

- Une imperméabilité croissante entre les régimes.
- Un sous-investissement des régimes ou des acteurs dont la pérennité n'est pas assurée (mutuelles étudiantes,...).
- Des retards de développement de projets porteurs d'efficacité notamment pour l'AMC.
- Des investissements redondants entre caisses d'AMO et entre AMO et AMC.
- Un risque de dédoublement des outils destinés aux professionnels de santé entre les AMO et les AMC.

## 1.3 Les coûts de gestion

Les coûts de gestion de l'assurance maladie, obligatoire et complémentaire, s'élèvent, en 2011, à 12,5 milliards d'euros répartis à peu près à part égale entre l'AMC et l'AMO. Les coûts de gestion de l'AMO représentent 3,7% du montant des prestations sociales versées et 22,5% des sinistres payés pour l'AMC.

### Coûts de gestion de l'assurance maladie

12,5 milliards d'euros en 2011

AMO : 6 M (48,1%)

AMC : 6,5 M (51,9%)

L'analyse des coûts de gestion par bénéficiaire montre une très faible efficacité des régimes spéciaux et des régimes étudiants (Tableau 1). En ne retenant que les frais liés au seul risque maladie, les coûts de gestion de la CNAM

**Tableau 1 : Ratios de gestion des régime de base d'assurance maladie en 2011**

Régime	Charges de gestion courantes en M€	Ratio frais de gestion sur prestations	Charges de gestion par bénéficiaire (€)
Régime général	5 298	3,5%	90,9
CANAM/RSI	390	5,2%	99,5
Salariés agricoles	275	6,4%	150,4
Exploitants agricoles	259	3,6%	159,3
CNMSS	78	4,8%	88,3
SNCF	54	2,9%	98,9
RATP	20	6,9%	187,5
CANSSM	69	5,3%	410,2
ENIM (Marine)	22	6,7%	202,5
CRPCEN (Clerc de notaires)	17	5,3%	152,0
CAVIMAC (Cultes)	8	4,8%	185,2
CCIP	1	5,8%	131,5
Port autonome de Bordeaux	0	33,0%	345,1
<b>Total</b>	<b>6 489</b>	<b>3,7%</b>	<b>96,0</b>

<sup>2</sup> Les règles prudentielles, le renchérissement de l'activité, la nécessaire dimension nationale pour répondre aux demandes issues de l'accord national interbranche (ANI) sont des facteurs de regroupements.

<sup>3</sup> Parmi les exceptions, il y a le régime d'Alsace-Moselle ou encore les mutuelles étudiantes ou de fonctionnaires.

représentent 4,5 milliards d'euros, soit par bénéficiaire entre 83,7 et 89,8 euros.

Le principal poste de dépense des coûts de gestion de l'AMO réside dans le personnel pour environ 70% du total pour la CNAM et environ 75% pour le RSI.

Les organismes d'AMO consacrent entre 65 et 75% de leurs dépenses de gestion (frais de personnel inclus) aux processus de production et d'accueil (liquidation des prestations, accueil, gestion des courriers) mais la structure des coûts peut varier d'un régime à l'autre ou d'une caisse à l'autre. Ainsi, la liquidation des prestations en nature représente moins de 20% des coûts de la CNAM contre 30 à 50% pour les autres régimes. Inversement, le contrôle médical représente 26% des dépenses de la CNAM en raison de son rôle dans ce domaine. Les dépenses pour les systèmes informatiques constituent environ 12% du total.

Une partie des différences de coût par bénéficiaire entre les différents régimes tient aussi à la nature des publics affiliés. Ainsi, par exemple, les assurés du régime étudiant n'adressent que neuf décomptes par an à leur régime contre 70 à ceux de la CAVIMAC<sup>4</sup> et 21,5, en moyenne pour les bénéficiaires des CPAM. Mais même en tenant compte de ces publics différents, les auteurs du rapport jugent que les coûts de gestion des régimes spéciaux sont trop élevés.

Les coûts de gestion de l'AMC, globalement équivalents à ceux de l'AMO, sont de 104€ par bénéficiaire. Ils se composent de (Tableau 2) :

- Frais d'administration (adhésion encaissement cotisations, gestion des contrats).
- Frais de gestion des sinistres (prise en charge et remboursement).
- Frais d'acquisition (commercialisation et publicité).

Les frais de gestion des sinistres sont homogénéisés et ont été fortement abaissés en raison de la dématérialisation des flux de l'AMO avec "noémie". Les différences pour les frais d'administration tiennent à la nature des contrats gérés. Plus la part de contrats individuels est élevée plus les frais sont élevés. Ainsi, les contrats individuels représentent 73% des contrats des mutuelles pour 58% pour les sociétés d'assurance.

Le fort pourcentage des frais d'acquisition pour les sociétés d'assurance s'explique par leur volonté d'accroître leur part de marché, passée de 19 à 27% entre 2001 et 2011.

Pour la mission, "les gains de productivité [dans la gestion de l'assurance maladie] n'ont pas été intégralement convertis en baisse des effectifs et des coûts".

## II Les pistes d'économies

### II.1 Des économies avec les projets en cours

Plusieurs projets menés actuellement par l'assurance maladie sont sources d'économies.

La poursuite de la dématérialisation permet d'envisager des économies de plus de 540 millions pour l'AMO et plus de 340 pour l'AMC.

La première phase de dématérialisation a porté sur la carte Vitale. Une nouvelle phase porte sur les services en ligne à destination des assurés ou des professionnels. La réduction à 2% du taux de feuille de soins papier d'ici à 2017 est un des objectifs (Tableau 3). Elle pourrait dégager de 74 à 272 millions d'économies suivant les modalités retenues. Pour ce faire, la mission demande que la contribution forfaitaire par feuille de soins papier, telle que prévue par la réglementation, soit mise en œuvre. Elle suggère qu'une contribution puisse aussi être appliquée

### Les ordonnances

En 2009, 500 millions de décomptes ont représenté 5 000 tonnes d'ordonnances collectées auprès des pharmacies.

aux assurés qui ne présentent pas leur carte Vitale. Un deuxième axe est la généralisation des échanges dématérialisés entre les régimes obligatoires et complémentaires. Il pourrait se traduire par 12 millions d'économies seulement pour l'AMO mais 153 millions pour les usagers et 191 millions pour l'AMC.

**Tableau 2 : Charges de gestion de l'AMC en pourcentage des primes (2011)**

	Charges de gestion	Dont frais de gestion des sinistres	Dont frais d'acquisition	Dont frais d'administration	Primes de l'exercice en M€
Mutuelles	17,5%	4,1%	5,2%	8,2%	17 420
Assurances	23,2%	4,9%	12,8%	5,5%	9 454
Institutions de prévoyance	14,4%	4,9%	5,2%	4,3%	5 346
<b>Total</b>	<b>18,7%</b>	<b>4,5%</b>	<b>7,4%</b>	<b>6,8%</b>	<b>32 220</b>

<sup>4</sup> Régime social des cultes.

**Tableau 3 : Nature des flux de décomptes entre les professionnels de santé et l'AMO, tous régimes 2012**

Type de transmission	En millions de décomptes	Part des décomptes
Feuilles de soins électronique Vitale	1 170	78,3%
Flux dégradés (FSE dégradée ou B2)	175	11,7%
Feuilles de soins papier	150	10,0%
<b>Total</b>	<b>1 495</b>	<b>100,0%</b>

Un troisième axe est la réduction des rejets des flux électroniques qui pourrait économiser entre 67 et 147 millions par an d'ici 2017.

D'autres économies sont attendues de la dématérialisation des prestations en espèces (120 millions), du développement des services en ligne pour réduire les coûts d'édition et d'affranchissement (29 millions) (Figure 1), la dématérialisation des ordonnances (50 millions).

Dans le prolongement des actions déjà engagées, la mission appelle au développement des échanges entre les différentes branches de la protection sociale, par exemple pour la gestion des fichiers d'assurés, et à la simplification des règles de gestion de certaines catégories d'affiliés comme la CMU/CMU-C. Des efforts d'efficacité dans ces domaines se traduiraient par des économies évaluées à plusieurs centaines d'emplois et donc plusieurs dizaines de millions d'euros.

## II.2 S'aligner sur les meilleures pratiques de gestion

La mission préconise la réduction des écarts de productivité au sein même des régimes. Au sein des 102

CPAM, une telle démarche, alignant les différentes caisses sur les 10 plus productives permettrait de dégager une économie "théorique" de 540 millions. Pour la MSA, le gain serait de 16 millions et de 11,5 millions pour le RSI.

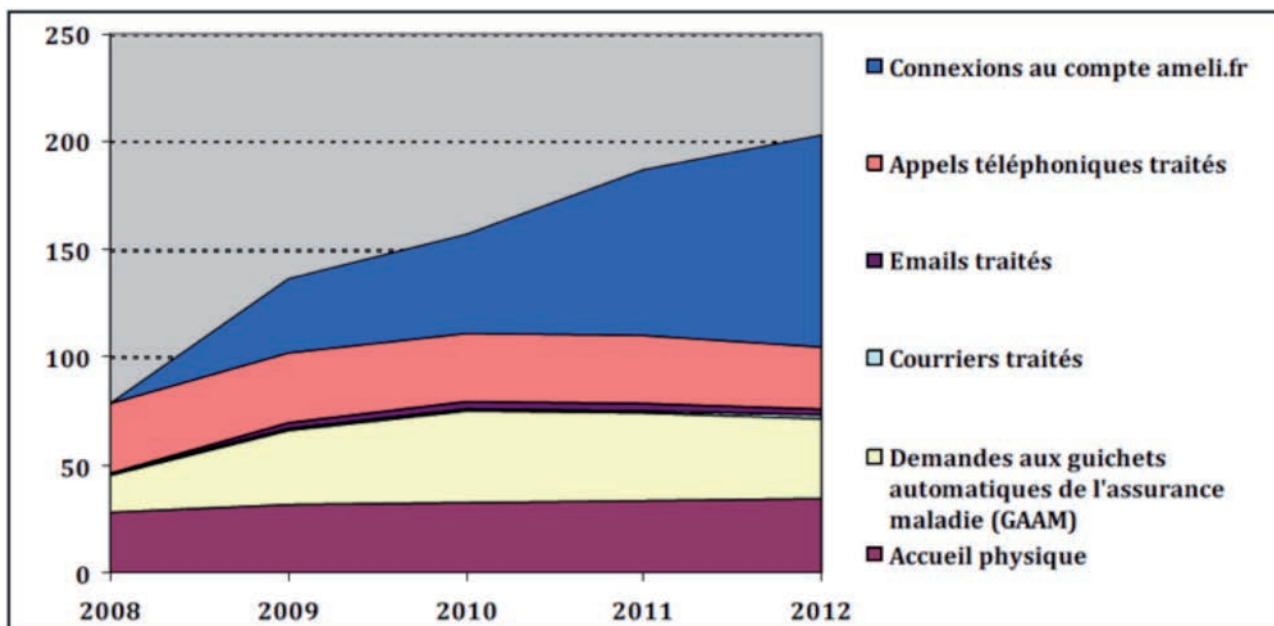
D'après les études de la mission, le nombre de bénéficiaires gérés par une caisse est un des facteurs de productivité. Sans définir de taille optimale, il apparaît que les caisses qui gèrent le moins de bénéficiaires sont aussi parmi les moins productives. Il est à noter que la productivité semble décroître pour les plus grandes caisses (Paris, Marseille).

La mission remet aussi en cause les délégations de gestion accordées par la CNAM à certains organismes comme les mutuelles étudiantes. Dans ce cas, la gestion d'un affilié est plus onéreuse que s'il était géré directement par la CNAM ce qui n'a aucune justification. Le gain serait de l'ordre de 20 millions d'euros.

De même, le renforcement de l'efficacité des régimes spéciaux en les orientant vers les mêmes performances que la CNAM dégagerait 106 millions d'économies.

Au total, l'alignement des performances de l'ensemble des caisses et des régimes permettrait de réaliser entre 422 et 722 millions d'économies (Tableau 4).

**Figure 1 : Evolution de la sollicitation des différents canaux des CPAM en millions d'unités**



**Tableau 4 : Gains pour l'AMO liés à une mise en œuvre des meilleures pratiques de gestion (millions d'€)**

	Hypothèses basses	Hypothèses hautes
<b>Réduction des écarts de performance au sein des grands réseaux</b>		
CNAMTS	240	540
MSA	16	16
RSI	11	11
<b>Alignement sur de meilleures performances de gestion</b>		
Mutuelles de la fonction publique	20	20
Mutuelles étudiantes	15	15
Régimes spéciaux	106	106
OC du RSI	12	12
GAMEX	2	2
<b>Total</b>	<b>422</b>	<b>722</b>

### II.3 Organisation de l'AMO autour de deux acteurs

La principale proposition des auteurs du rapport est l'organisation de la gestion de l'assurance maladie autour de deux opérateurs ce qui ne doit pas être confondu avec la suppression des différents régimes.

Pour la mission, le premier opérateur monobranche générerait les salariés alors que le second serait un opérateur multirisques gérant les non salariés et les bénéficiaires des régimes ayant une spécificité juridique.

Cette solution éviterait les investissements redondants entre les différents régimes. De fait, cette proposition implique aussi la suppression des délégations de gestion et la disparition des situations de concurrence dans le secteur de l'AMO.

La reprise des délégations par la CNAM permettrait d'économiser 142 millions.

La mission préconise aussi une rationalisation des acteurs intervenant dans le champ de l'AMO des indépendants et des agriculteurs puis, à terme, un rapprochement entre les deux régimes. Dans l'attente, la délégation de gestion du RSI doit aussi être rationalisée pour réduire le nombre d'organismes conventionnés et permettre une réduction du coût de gestion. Le potentiel d'économies est de 38 millions.

La mission recommande que l'évolution des délégations de fonctionnaires soit accompagnée voire activée par les pouvoirs publics <sup>5</sup>.

## III 1,7 milliard d'économies d'ici à 2020

Le total des économies envisagées par la mission s'élève à 1,7 milliard d'euros d'ici à 2020 sans licenciement en tenant seulement compte des non renouvellements de postes rendus possibles par une meilleure gestion.

<sup>5</sup> Il s'agit de la mise en œuvre de l'ANI et de la possibilité que nombre de fonctionnaires choisissent la couverture complémentaire de leur conjoint et de la mise en concurrence des mutuelles de fonctionnaires et des assureurs à partir de 2015.

Pour résumer, cinq catégories d'économies potentielles ont été recensées :

- La dématérialisation des échanges entre acteurs (assurés, professionnels de santé, employeurs, AMO et AMC) et au sein des différents organismes.
- La simplification de la réglementation pour une meilleure efficacité.
- L'organisation des opérateurs selon les meilleures pratiques de gestion.
- La recombinaison du secteur avec deux opérateurs principaux pour l'AMO.
- Une plus grande transparence des coûts de gestion des organismes complémentaires pour réduire le coût par assuré.

Pour l'AMO, si l'ensemble des mesures sont adoptées, 590 millions d'économies peuvent être réalisées d'ici 2017 et 900 millions d'ici 2020. Des gains d'efficacité au sein de chaque régime pourraient s'ajouter pour un montant de 430 à 730 millions.

Pour les organismes complémentaires et les usagers, les économies peuvent provenir :

- De la généralisation des échanges électroniques avec l'AMO (340 millions).
- Du développement de l'activité de liquidation par l'AMO pour les régimes complémentaires (100 millions d'ici 2020 avec un potentiel maximum de 400 millions).
- De la baisse du coût d'acquisition d'une complémentaire (400 millions).

La mission de l'IGF et de l'IGAS n'avait pas vocation à remettre en cause l'organisation juridique des différents régimes d'assurance maladie. Ses propositions portent donc bien sur les modalités de gestion de l'assurance maladie. Reste à voir quelle part des propositions de la mission pourront être soumises au débat public pour être mise en œuvre. ■





# Exposition de la population française aux rayonnements ionisants liée aux actes de diagnostic médical en 2012 : principaux messages

La connaissance de l'exposition française aux rayonnements ionisants repose sur un rapport de l'IRSN publié en octobre 2014. Il s'agit d'un bilan quinquennal, analysant des données de 2012 (les précédents portaient sur des données de 2002 et de 2007).

Il faut noter une progression de la qualité du recueil des données et de l'échantillonnage, avec maintenant des données issues de l'activité publique et de l'activité privée. On connaît le nombre et la nature des actes mais plus difficilement la dose efficace associée (l'incertitude est supérieure à 50 % !)

Ce rapport contient des données de l'activité en radiologie conventionnelle, en scanner, en médecine nucléaire et en coronarographie mais exclut actuellement les actes réalisés pour les services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle ainsi que de psychiatrie, et le cône beam dentaire.

En moyenne sont réalisés 1,25 actes par habitant chaque année (82 millions d'actes).

44 % de la population bénéficient d'au moins un acte par an (32 % de la population si on exclut la radiologie

dentaire, 26 % de la population recourant au secteur privé et 12 % au secteur public).

Les personnes recourant à l'activité radiologique bénéficient en moyenne de 2,7 actes.

La dose efficace associée est en moyenne, en population générale, de 1,6 mSv par an et par habitant. Cependant, l'exposition est très hétérogène dans la population : elle augmente avec l'âge ; la dose efficace pour les personnes bénéficiant d'au moins un acte est en moyenne 3,4 mSv ; mais 70 % des personnes bénéficiant d'au moins un acte reçoivent annuellement une dose inférieure à 1 mSv.

*“ La connaissance et la maîtrise des doses délivrées aux patients est une des compétences essentielles du radiologue. ”*

**La radiologie conventionnelle représente 54 % des actes mais 18 % de la dose alors que le scanner représente 10,5 % des actes mais 71 % de la dose.** La radiologie dentaire (hors CBCT) représente 0,2 % de la dose pour 34 % des actes.

La répartition est également différente en fonction de l'âge du sexe : avant cinq ans, 70 % des examens réalisés correspondent à des radiographies de thorax et des membres. À l'adolescence, l'exposition est liée quasi exclusivement à la radiologie conventionnelle et à la radiologie dentaire (avec une légère prédominance féminine pour ces derniers actes). À l'âge adulte, il existe une sur-représentation féminine en radiographie conventionnelle (20 %) liée à la mammographie ainsi qu'aux radiographies des membres, et une surreprésentation masculine pour les scanners (45 %), en particulier thoraciques et TAP.



Globalement, le nombre d'actes a augmenté de 9,5 %, pendant que la population augmentait de 2,9 % : il s'agit donc d'une augmentation de 6,5 % à population constante. L'augmentation porte surtout sur les actes de radiologie dentaire mais probablement existait-il une sous-estimation lors de l'étude de 2002 qui servait de référence pour cette catégorie d'actes.

Les actes de radiologie conventionnelle ont reculé en fréquence de 6 % (-9 % à population constante) pendant que les actes de scanner augmentaient de 12 % (+ 9 % à population constante).

On estime que la dose efficace annuelle par habitant en population générale est donc passée de 1,3 mSv en 2007 à 1,6 mSv en 2012, soit une augmentation de 20 %. L'augmentation était estimée à + 57 % de 2002 à 2007.

Les conclusions exposées par l'IRSN dans ce rapport sont les suivantes : le double objectif d'améliorer la prise en charge de la population tout en diminuant les doses délivrées doit être recherché et repose sur un effort de tous, reconnaissant notamment l'implication de la profession avec établissement des guides de procédures, formation des opérateurs... **Un meilleur accès à l'I.R.M permettrait de limiter l'augmentation de l'exposition liée à l'activité scannographique** qui progresse significativement pendant que baisse celle de radiologie conventionnelle. Les auteurs rappellent l'importance de la justification des actes et de leur optimisation avec harmonisation des pratiques.

Malgré des incertitudes certaines concernant les doses individuelles réellement délivrées, et l'intérêt qui peut toujours être discuté d'une valeur comme la dose efficace moyenne en population générale, ce rapport est intéressant car il est un reflet très macroscopique des pratiques permettant une surveillance évolutive dans le temps et une comparaison avec d'autres pays. Ainsi, la France (1,6 mSv) se situe-t-elle dans le tiers supérieur en comparaison avec d'autres pays développés, restant cependant nettement en dessous des valeurs publiées aux États-Unis et en Belgique (3 et 2,7 mSv).



La connaissance des doses délivrées, même si elles sont faibles, reste un enjeu important car les connaissances scientifiques ne cessent de progresser, justement sur les effets biologiques des doses faibles. Un effet sur l'ADN a été prouvé en laboratoire pour de très faibles doses (dès 1 mSv correspondant aux doses que nous délivrons quotidiennement dans nos centres d'imagerie médicale). Progressivement, l'épidémiologie abaisse le seuil à partir duquel des effets cancérogènes des rayons X sont connus ; et cela n'est probablement pas terminé car des études à grande échelle sont en cours pour le scanner pédiatrique... Quoiqu'il en soit, nous devons, en tant que radiologues, continuer comme nous l'avons toujours fait à nous engager dans des démarches de qualité, en portant des valeurs éthiques pour la prise en charge de nos patientes et de nos patients, permettant une reconnaissance par nos correspondants médicaux et par les tutelles du rôle incontournable du « **spécialiste des rayons** » qu'est le radiologue pour la prise en charge des patients.

Nous devons donc nous saisir de manière continue de ces problématiques de manière à justifier les examens que nous réalisons et si nécessaire participer, en bonne intelligence avec nos correspondants, à l'évolution des pratiques. Nous devons régulièrement analyser nos procédures, de manière à utiliser toute la dose nécessaire pour obtenir le diagnostic, mais pas plus. Dans ce cadre, il faut absolument que nous fassions connaître toutes nos démarches, en transmettant à l'IRSN nos relevés NRD, ainsi qu'en les analysant pour apporter les éventuelles corrections nécessaires. Nous devons au maximum, dans un contexte économique de plus en plus contraint, nous efforcer de mettre en œuvre les techniques les plus évoluées (capteurs plans en radiographie et en mammographie, reconstructions itératives en scanner...).

Cette recherche de qualité, si elle a un coût, ne doit cependant pas être vécue de manière négative. Elle représente un investissement certain par exemple en réduisant les incertitudes diagnostiques, et en permettant d'améliorer la productivité par la diminution des examens à refaire et simplement l'augmentation de la cadence des examens. De plus, les tutelles sont de plus en plus demandeuses de la participation des représentants du G4 pour l'élaboration de la réglementation en radioprotection. Ce surcroît de travail pour la FNMR, couplé aux consignes ministérielles actuelles qui sont de ne pas alourdir les charges des entreprises, permettent d'espérer une évolution progressive vers des contraintes mieux compréhensibles. ■

Dr Emmanuel MUSEUX  
Radiologue





## Les dépenses de l'assurance maladie : octobre 2014

Après une forte croissance en septembre, les dépenses d'assurance maladie progressent très faiblement en octobre à 2,8% contre 2,7% le mois précédent.

Les versements aux établissements publics et privés sont en légère augmentation de 0,2 point alors que les dépenses de soins de ville sont stables.

Le taux de croissance des dépenses d'actes techniques, en

baisse, est inférieur à celui des soins de ville (2,9% contre 3,3%). Le taux des actes d'échographie est à un niveau nettement inférieur (2,6%), celui des actes d'imagerie hors échographie n'est qu'à 0,6%.

L'ensemble des forfaits techniques est en légère hausse (+0,1 point) mais les forfaits techniques de scanner ne sont qu'à 1,5%. Le taux des forfaits techniques d'IRM est stable. ■

### Dépenses de l'assurance maladie - Octobre 2014

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

Prestations	Octobre en euros	Octobre en %
Consultations	4 855 396	-0,7%
Visites	597 046	-6,3%
Actes Techniques (*)	5 451 382	2,9%
Dont actes d'échographies	927 320	2,6%
Dont actes d'imagerie (hors échographie)	1 132 714	0,6%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie	674 558	4,4%
Forfaits consommables		
Dont scanner	264 691	1,5%
Dont IRM	347 502	5,4%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	15 041 314	2,3%
Total prescriptions	40 119 760	3,7%
Total soins de ville	55 161 094	3,3%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	44 060 059	1,9%
Total versements aux établissements sanitaires privés	9 333 809	3,3%
Total prestations médico-sociales	13 060 463	3,6%
Total statistique mensuelle des dépenses	132 355 710	2,8%

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

54 - MEURTHE et MOSELLE et 55 - MEUSE

Suite aux élections du syndicat de la Meurthe et Moselle et de la Meuse du 17 décembre 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :

**Dr Philippe CAQUELIN**

Vice-Président :

**Dr Christian DELGOFFE**

Secrétaire :

**Dr Richard JACQUET**

Trésorier :

**Dr Bruno FAGNIEZ**

Membres :

**Dr Patrick BLANCHOT  
Dr Lionel CANNARD  
Dr Nicolas GAGEY  
Dr Pascal HERBINET  
Dr Céline KLEIN-MARCHAL  
Dr Frédéric LEFEVRE  
Dr Guillaume LUX  
Dr Alexandre OLIVER  
Dr Philippe SCHUMMER**

Conseiller technique :

**Dr Bruno BOYER**



- **Pochettes pour Radiographies**
- **Chemises pour Echographies**
- **Chemises porte CD (Scanner/IRM)**
- **Sacs Plastique Personnalisés**
- **Sachets Plastique Transparent**



*et aussi...*

**Cavaliers - Papier en-tête  
Cartes de rendez-vous  
Cahiers de rendez-vous ...**

**LIVRAISON IMMÉDIATE - Produits standards**  
**LIVRAISON SOUS 10 JOURS - Produits personnalisés**

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE**

**PMFr - Génébault - B.P. 13 - 42153 RIORGES**

**Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : pmfr@wanadoo.fr**





## Inscrivez-vous dès maintenant

### ASSOCIATION FORCO FMC

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



Formation destinée  
aux médecins radiologues  
qualifiés en radiodiagnostic  
/ Imagerie médicale

### BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées à 40 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception des demandes)

## CONE BEAM CT : Imagerie en coupe et odontologie

Merci de cocher la session de votre choix :

MARDI 10 FEVRIER 2015 à Paris

VENDREDI 24 AVRIL 2015 à Paris

Le Dr Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Médecin qualifié en radiodiagnostic

N° d'inscription RPPS (renseignement obligatoire) : \_\_\_\_\_

Inscrit au Conseil de l'Ordre (département) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse Email : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

### MODALITÉS D'INSCRIPTION :

Joindre un chèque de règlement, libellé à l'ordre de FORCO FMC, du montant suivant pour inscription dans ce séminaire :

Adhérent FNMR\* : 549,00 Euros

Non adhérent : 632,00 Euros

Une facture-convention vous sera adressée après validation de la formation, à encaissement du règlement.

En cas de désistement, et sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 15 jours avant le début de la session, un montant de 300,00 Euros sera retenu par FORCO FMC.

\* FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues





## Programmes de DPC destinés aux médecins radiologues Financés et indemnisés par l'OGDPC



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

### Inscrivez-vous à une action de DPC 2015

**Les règles d'indemnisation de l'OGDPC ont changé, désormais vous n'avez plus droit qu'à un seul programme de DPC financé chaque année. Ne risquez pas de passer à côté des financements auxquels vous avez droit, organisez-vous dès à présent pour en bénéficier et bloquez-les en vous inscrivant rapidement à une action de DPC.**

Nous vous rappelons que la validation d'un programme de DPC est une obligation annuelle pour chaque professionnel de santé.

Réservez l'un des programmes que vous propose FORCOMED pour 2015, en présentiel et en e-learning :

**INSCRIVEZ-VOUS, les bulletins et programmes 2015  
sont disponibles sur notre site [WWW.FORCOMED.ORG](http://WWW.FORCOMED.ORG)**

(à droite de votre écran : **DPC Radiologue** • puis **Détail du thème de votre choix**)

PROGRAMMES À RÉALISER ENTIÈREMENT PAR E-LEARNING	DATES :
Dossier médical et sécurité informatique	à valider du 21/01 au 29/03/2015
La CCAM : Nouveautés trucs et astuces	à valider du 19/02 au 15/03/2015
Reconnaître, évaluer, prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'imagerie médicale	à valider du 18/03 au 12/04/2015
Téléradiologie : Mise en place d'un réseau sur un territoire de santé et son interconnexion avec la région	à valider du 19/03 au 12/04/2015
Dossier médical et sécurité informatique	à valider du 25/03 au 31/05/2015
La CCAM : Nouveautés, trucs et astuces	à valider du 13/05 au 07/06/2015
Reconnaître, évaluer, prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'imagerie médicale	à valider du 14/05 au 07/06/2015

PROGRAMMES INCLUANT 1 JOURNÉE À PARIS	DATES :
Exploration des troubles cognitifs et des démences en IRM : implications pronostiques et thérapeutiques	Du 07/01 au 22/03/2015 avec 1 journée présentielle à Paris le 29/01/2015
Gestionnaire PACS et réseaux : présentation des technologies d'avenir	Du 28/01 au 26/04/2015 avec 1 journée présentielle à Paris le 09/03/2015
Responsabilité médicale du radiologue	Du 28/01 au 12/04/2015 avec 1 journée présentielle à Paris le 10/03/2015
Perfectionnement en écho mammaire	Du 21/01 au 12/05/2015 avec 1 journée présentielle à Paris le 19/03/2015

**FORCOMED est à votre écoute et à votre disposition pour vous renseigner et vous conseiller  
N'hésitez pas à prendre contact : [info@forcomed.org](mailto:info@forcomed.org) - Tél. : 01.53.59.34.02 – Fax : 01.45.51.83.15**



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**10525 02** Château Thierry, cause retraite cherc. succes., SCM 4 radiol., secteur 1 et 2. Cab. en expansion. Equipement complet : radio. conv. mammo., écho., doppler, Cone Beam, scan., large accès IRM (prochaine installation 2<sup>ème</sup> IRM), pas d'astreinte ni de garde.  
> Tél. : 03.23.83.35.08.

Email : [jaceksztencel@hotmail.com](mailto:jaceksztencel@hotmail.com)

**10526 06** Nice, groupe de 13 radiol. Cherc. 4<sup>ème</sup> radiol. en intervent. 3 cab. de ville, nombreuses vacations sur 2 IRM et un scan. 64 coupes, en charge de toute l'imagerie diagnostique et interventionnelle de 2 cliniques.

> Contact : Dr Jean BAQUE

Email : [baquej@gmail.com](mailto:baquej@gmail.com)

**10527 21** Proximité de Dijon. 2 cab., groupement de 4 radiol. en SELARL, remerc. 1 assoc. Plateau technique complet (scan. et IRM en S.A.).  
> Tél. : 03.80.52.80.94.

Email : [radiologiechenove@orange.fr](mailto:radiologiechenove@orange.fr)

**10528 56** Lorient, groupe de 9 radiol., 3 cab., 1 clinique, accès scan. et IRM, cherc. assoc. (e) cause départ retraite fin 2016. Projets de téléradiologie.

> Contact : Dr Patrick ELIOT

Tél. : 06.12.53.84.55.

Email : [epat@wanadoo.fr](mailto:epat@wanadoo.fr)

**10529 62** Pas de Calais, URGENT, cause départ retraite, cherc. successeur, cession pour un montant symbolique. Activité radio. numérisée, mammo., écho., accès scan. (GIE), IRM. Pas de garde ni d'astreinte. Remplacements et collaboration possible.

> Tél. : 03.21.86.82.64.

Email : [radiologie.hesdin@wanadoo.fr](mailto:radiologie.hesdin@wanadoo.fr)

**10530 83** Draguignan, SELARL, 2 radiol., cause retraite, cherc. repreneur (s). Cabinet + TDM (parts sas) + larges parts IRM.

> Contact : Dr RIGOLE

Tél. : 06.15.30.30.05.

Email : [jeanyves.rigole@gmail.com](mailto:jeanyves.rigole@gmail.com)

## REPLACEMENTS

**10531 22** Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol.), cherc. remplaçant (e), 2 sites (cab. de ville + clinique), plateau technique complet.

> Tél. : 02.96.33.73.00.

**10532 13** Marseille, groupe 3 radiol., secteur I, cherc. jeunes radiol. pour remplacements ponctuels ou réguliers afin de préparer le départ en retraite et céder progressivement 2 cab., centre ville (radio., mammo., écho., pano.). Possibilité accès important scan/IRM.

> Contact : Mme HAMALIAN

Tél. : 06.29.38.03.78.

Email : [valerie.hamalian@orange.fr](mailto:valerie.hamalian@orange.fr)

**10533 38** Région Rhône Alpes, cherc. remplacement en radiol. générale, mammo., écho.

> Tél. : 06.07.75.41.75. ou

Email : [j.grospiron@wanadoo.fr](mailto:j.grospiron@wanadoo.fr)

Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci 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](http://www.fnmr.org) • E-mail : [info@fnmr.org](mailto: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 1<sup>er</sup> trimestre 2015

## Imagerie en coupe



## Enquête FNMR

Devant l'absence totale de cartographie des installations de scanner et d'IRM, la FNMR réalise une enquête sur l'imagerie en coupe. Il est indispensable pour la Fédération de disposer d'une vision claire du nombre et de la santé financière des installations existantes.

Nous vous remercions de répondre le plus soigneusement possible à cette enquête.

Cette enquête est à remplir en ligne sur le site FNMR lien : [www.fnmr.org](http://www.fnmr.org) ■