

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Les grandes manœuvres



Le mois de mai et la période pré-estivale ne doivent pas nous faire oublier l'actualité qui ne cesse de nous aiguillonner : le comité d'alerte qui, s'il n'a pas tiré le signal d'alarme, recommande la vigilance, l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé (Collectif interassociatif sur la santé (CISS), 60 millions de consommateurs, Santéclair) qui reproche aux médecins radiologues d'avoir adhéré au CAS (c'est un comble quand on sait que le montant des dépassements que nous réalisons représente 0,46% des dépassements totaux) et, surtout, la campagne pour les Unions Régionales des

Professionnels de Santé (URPS) qui va démarrer.

Les listes des candidats aux URPS sont en cours de constitution. Il est fondamental pour notre profession que nous soyons représentés dans ces Unions. Ces institutions revêtent un caractère de plus en plus important du fait du pouvoir encore plus fort qui serait donné aux Agences Régionales de Santé si la loi Touraine passait en l'état.

La tâche sera difficile, notamment dans les nouvelles grandes régions où il y aura une contraction du nombre d'élus par rapport aux régions fondatrices. Mais nous devons marquer dans ces instances

la place centrale de l'imagerie médicale dans le diagnostic et la prise en charge des patients.

Il est impératif qu'il y ait un au moins un radiologue éligible sur chaque liste de syndicat représentatif.

Rapprochez-vous des représentants de ces syndicats. Vos responsables régionaux de la FNMR vous y aideront.

Votre mobilisation est essentielle. La représentativité de la radiologie dans les régions est entre vos mains. Une fois de plus, je compte sur vous.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

| | |
|---|----|
| ■ Les délais de rendez-vous en IRM | 03 |
| ■ Rapport Cristallin IRSN - 2015 | 08 |
| ■ Statistiques : dépenses assurance maladie mars 2015 ... | 10 |
| ■ Vie fédérale | 11 |
| ■ Petites annonces..... | 12 |

| | |
|----------------|----|
| ■ Annonceurs : | |
| BRACCO | 02 |
| CMPS | 07 |
| PMFR | 11 |



CT Exprès™ 3D

Injecteur automatique unique pour scanner

Injecteur à 3 voies
sans seringue
pour une gestion
du temps optimale



Sécurité

- Unidirectionnel, pas de rétrocontamination et contamination croisée*.
- Détecteur automatique de bulles d'air.
- Détection d'occlusion.
- Set patient à usage unique.
- Rinçage des axes veineux au début et à la fin de chaque injection.
- Bolus pulsé pour optimiser la quantité de PdC injectée.
- Asepsie renforcée, pas de transfert de PdC (injection directe à partir du flacon de PdC).
- Un flacon de produit de contraste est destiné à un seul patient.



Simplicité

- Prêt en quelques secondes.
- Verrouillage et purge automatiques de la ligne patient.
- Manipulations simplifiées, sans seringue, injection à partir de tous types de flacons de PdC (flacons verre, plastique, de 50 à 250 ml).



Rapidité

- 2 voies d'injection pour 2 patients consécutifs + 1 voie NaCl disponible à tout moment.
- Chargement en un seul clic : pas de transfert du PdC du flacon à la seringue.
- Interface utilisateur ergonomique.
- Non captif, compatible avec divers types de PdC (flacons verre, plastique, de 50 à 250 ml).

* Document disponible sur demande concernant les tests réalisés en termes de risques de contamination environnementale et croisée.

Les délais de rendez-vous en IRM



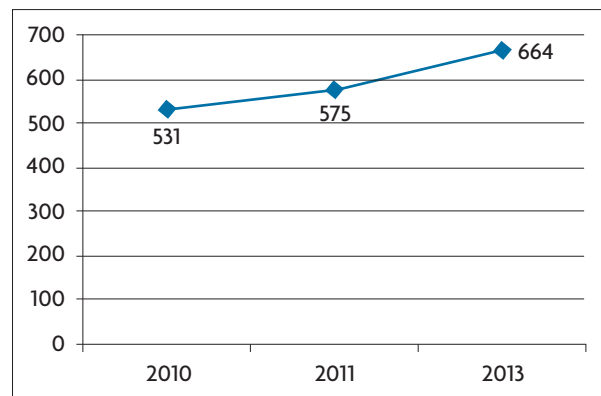
Selon une étude de l'INCa, les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM se réduisent, faiblement, depuis 2010. Le délai moyen était de 29 jours en 2010, de 27 en 2011. Il est passé à 25 en 2013. Dans sa conclusion, l'INCa appelle à la mise en œuvre de mesures visant à réduire ces délais, trop longs au regard des pathologies concernées par le recours à l'IRM. L'objectif pour le délai moyen de rendez-vous a été fixé à 20 jours dans le Plan cancer 2014-2019.

Le Plan cancer 2009-2013 voulait assurer plus d'égalité dans le diagnostic et le suivi des cancers par IRM¹. Pour ce faire, il visait une moyenne de 10 IRM par million d'habitants en 2011, et de 12 par million d'habitants en 2012 dans les dix régions enregistrant la mortalité la plus élevée par cancers. Pour évaluer les progrès vers ces objectifs, l'Institut National du Cancer a réalisé sa troisième enquête sur les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM^{2,3}.

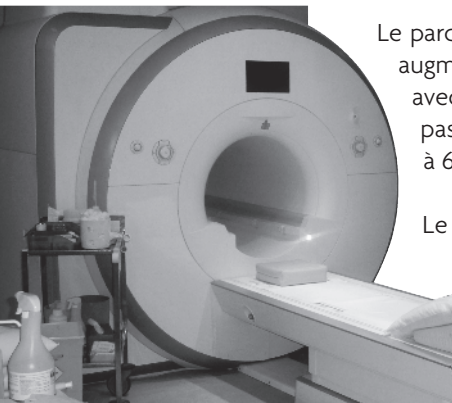
Nombre de centres interrogés disposant d'au moins 1 IRM

2010 : 531 centres
2011 : 575 centres
2013 : 568 centres

Graphique 1 :
Nombre d'IRM



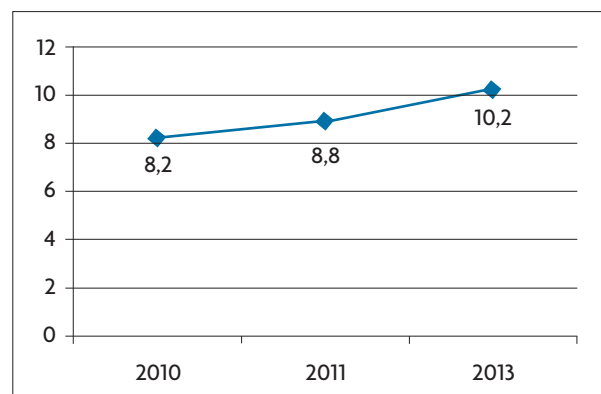
Le parc des IRM



Le parc d'IRM en France a fortement augmenté sur la période 2010-2013 avec 25% d'équipements en plus passant de 531 machines en 2010 à 664 en 2013 (Graphique 1).

Le nombre d'IRM par million d'habitants a donc, logiquement, augmenté lui aussi de 8,2 par million d'habitants en 2010 à 10,2 en 2013 (Graphique 2).

Graphique 2 :
Nombre d'IRM par million d'habitants



¹ Action 21.4 du Plan cancer.

² Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2013 - Dans le cadre d'un bilan d'extension pour cancer du sein, utérus ou prostate. Août 2014, appui à la décision - INCa - avril 2015.

³ Il s'agit d'une enquête téléphonique réalisée par l'institut BVA auprès de 531 centres possédant au moins une IRM. Lors de l'appel, il est demandé un rendez-vous le plus tôt possible pour un membre de la famille de l'appelant. Il est précisé qu'il s'agit d'un bilan d'extension d'un cancer du sein ou de l'utérus ou de la prostate. L'enquêteur "dispose" de l'ordonnance mais ne peut pas la transmettre au centre d'imagerie.

Le niveau d'équipement varie fortement suivant les régions. Il va de 2 machines en Corse à 139 en Ile de France. Evidemment, l'indicateur le plus pertinent est celui du nombre de machines par million d'habitants. Sur ce point, les écarts entre régions restent importants, allant pratiquement du simple au triple, de 6,1 IRM en Bourgogne, ou 6,4 en Corse à 13,5 en Aquitaine ou 16,3 en Haute-Normandie (Tableau 1).

Le croisement du taux d'équipement en IRM avec le taux de mortalité par cancer par région montre que la densité de machines n'est pas un critère déterminant. En effet, certaines régions ont un taux de mortalité élevé combiné avec un faible taux d'équipement comme la Bourgogne alors que d'autres ont un relativement haut niveau d'équipement comme la Haute Normandie (Tableau 1).

L'étude de l'INCa compare le niveau d'équipement en IRM de la France avec les pays de l'OCDE⁴. En 2012, la France se classe à la 10^{ème} place avec 8,7 IRM par million d'habitants. Les auteurs notent que, pour 2013, le taux, en France, a augmenté à 10,2. Mais il est vraisemblable que la plupart des autres pays de l'OCDE ont, eux aussi, continué à développer leur parc.

La prise de rendez-vous

Près de la moitié (49%) des demandes ont abouti à une prise de rendez-vous contre 45% en 2010 mais 57% en 2011.

Les principaux motifs de non rendez-vous sont que le centre ne donne pas de Rdv par téléphone (59% des refus) mais aussi l'absence d'examen d'IRM dans l'indication (15% des centres). Dans ce dernier cas, la demande est, le plus souvent, orientée vers un autre centre. Une autre raison est que le centre ne prend pas de patients extérieurs (8%) ou si l'ordonnance n'est pas signée d'un médecin du centre 3%.

Le rendez-vous fonction de la pathologie

La proportion de rendez-vous donnés immédiatement dépend du type de cancer. Ainsi, les demandes pour le sein ont abouti à une proposition de rendez-vous dans 44% des cas, dans 48% pour la prostate et dans 54% pour l'utérus.

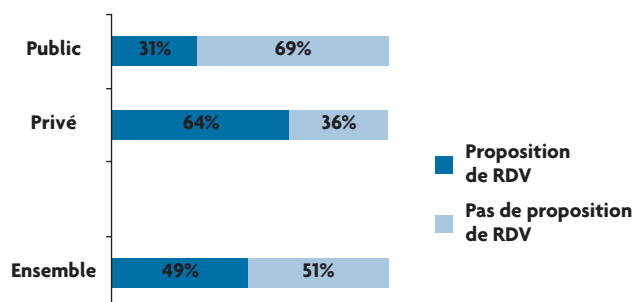
Les cancers du sein, de la prostate et de l'utérus représentent respectivement 19,4%, 14,6% et 2,7% des cancers en 2011.

Le rendez-vous selon le statut de l'établissement

Deux-tiers (64%) des appels auprès d'un centre d'imagerie privé aboutissent à une proposition de rendez-vous pour

moins d'un tiers (31%) dans le public (Figure 1). Pour les auteurs, la différence tient, en partie, au fait que les établissements publics satisfont d'abord aux demandes émanant de leurs patients hospitalisés ou des urgences et par une plus grande exigence sur la présentation de l'ordonnance.

Figure 1 : % de centres ayant proposé un RDV selon le statut de l'établissement



Le rendez-vous selon la région

Les écarts dans les propositions de rendez-vous sont considérables selon les régions. Ainsi, alors que PACA et le Languedoc- Roussillon proposent des rendez-vous à près des trois quarts des appelants, plusieurs régions n'en proposent qu'à un tiers, comme le Centre, la Bourgogne ou moins encore avec seulement 19% de Rdv proposés par la région Poitou-Charentes. Le Limousin, comme la Corse et la Guyane, ne propose aucun rendez-vous sur appel téléphonique dans les cas cités (Tableau 1).

Le délai d'obtention du RDV

En dépit d'une hausse sensible du nombre d'IRM, le délai moyen d'obtention de rendez-vous n'a que faiblement diminué. Il est passé de 29 jours en 2010, à 27 jours en 2011 et 25 jours en 2013.

Le rendez-vous est donné :

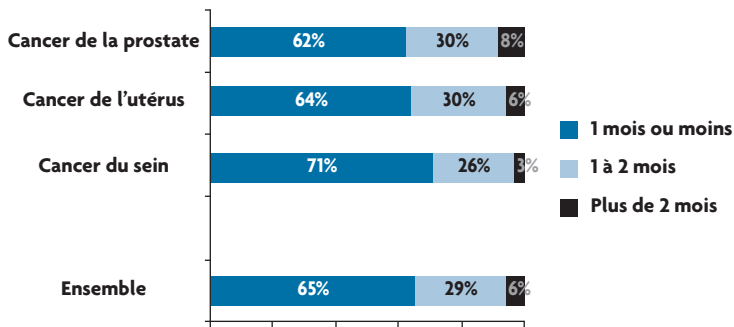
- Dans les 4 semaines pour 65% des cas (contre 59% en 2011).
- Dans les 4 à 8 semaines pour 29% des cas (contre 34% en 2011).
- Dans plus de 8 semaines pour 6% (contre 7% en 2011).

Le délai selon le type de cancer

Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous varie de 23 jours pour un cancer du sein à 26 jours pour un cancer de l'utérus et 28 jours pour un cancer de la prostate (Figure 2). Les réductions de délais ont joué pour les trois types de

⁴ Organisation de Coopération et de Développement Economiques

Figure 2 :
Délai de RDV selon le type de cancer



cancer mais plus fortement pour le sein (27 jours en 2010), moins pour la prostate (31 jours en 2010) et faiblement pour l'utérus (28 jours en 2010).

Le délai selon le statut de l'établissement (Figure 4)

Le délai de rendez-vous dans un établissement public est de 31 jours contre 23 dans un établissement privé. Dans le public, chaque enquête de l'INCa a montré une réduction du délai : 35 jours en 2010 et 33 en 2011. Dans le

privé, le délai était de 25 jours en 2010 et de 23 jours en 2011. Il n'y a donc pas eu de nouvelle réduction en 2013. En dehors de la priorité accordée aux patients des CHU, d'autres raisons peuvent expliquer les différences de délais entre les deux secteurs comme l'organisation des plages horaires par organe, avec, écrivent les auteurs, une faible représentation des plages réservées à l'imagerie gynécologique ou andrologique ou encore l'orientation vers les demandeurs d'examen.

Le délai selon la région ⁵

Les délais varient fortement selon les régions de 18,6 jours en Languedoc-Roussillon à 65 jours en Basse-Normandie (Figure 3).

Dans 14 régions, le délai d'attente moyen est inférieur à 30 jours (61%), dans 6 régions il est compris entre 30 et 40 jours et dans 1 région il est supérieur à 40 jours. Plusieurs régions ont vu leur délai réduit depuis 2011 : Poitou-Charentes (-0,7 jour), Alsace (-2,8 jours), Nord-Pas-de-Calais (-2,8 jours), Languedoc-Roussillon (-4,3 jours), Centre (-5,5 jours), Bourgogne (-11,6 jours), Aquitaine (-15,5 jours), Le délai a augmenté dans trois régions : Champagne-Ardenne (+1,9 jour), Franche-Comté (+ 4 jours), Basse-Normandie (+18,7 jours).

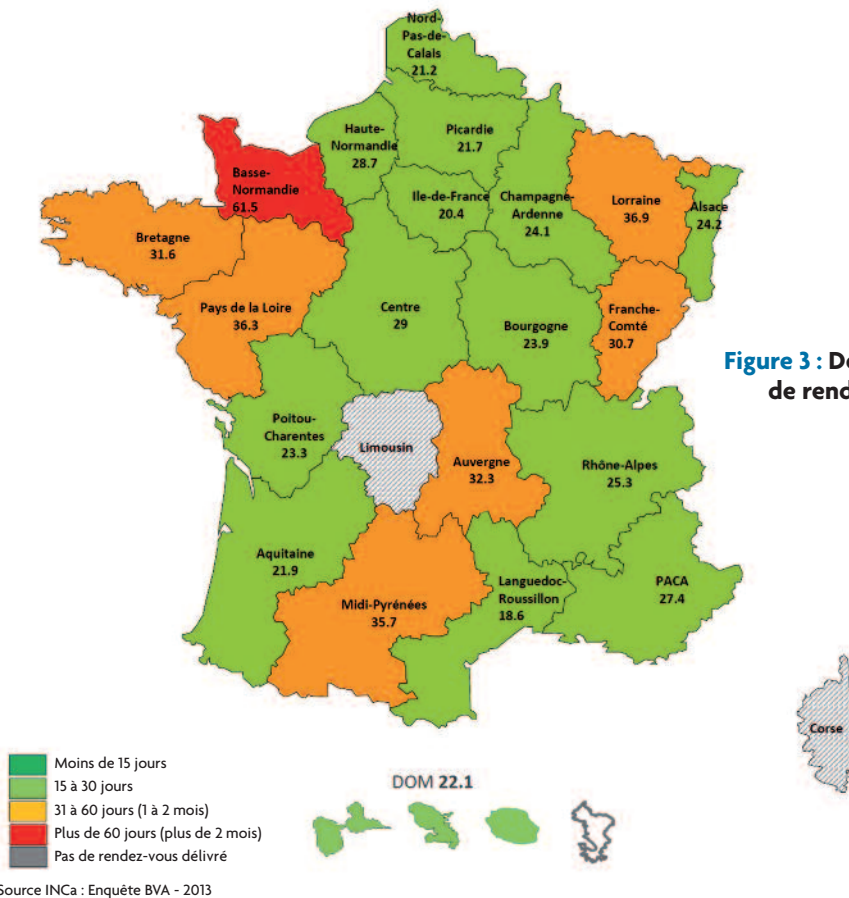


Figure 3 : Délai moyen d'obtention de rendez-vous par région

⁵ Il n'y a pas de données pour le Limousin, la Corse, la Guyane et Mayotte

Le délai en région selon le type de cancer

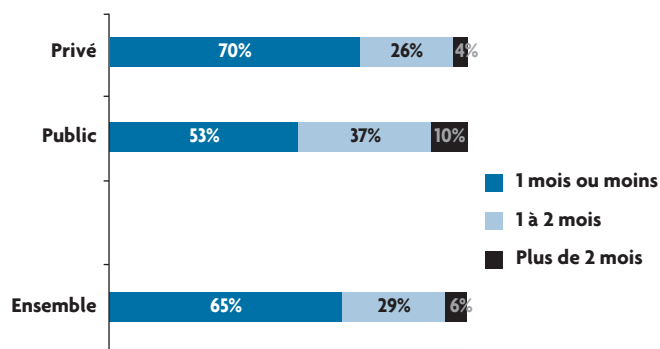
Pour le cancer du sein, avec un délai moyen de 23 jours, les écarts vont de 12 jours en Alsace à 49 jours en Basse-Normandie.

Pour un cancer de l'utérus, avec un délai moyen de 26 jours, les écarts vont de 19 jours en Languedoc-Roussillon à 57 jours en Basse-Normandie.

Pour un cancer de la prostate, avec un délai moyen de 28 jours, les écarts vont de 16 jours dans les DOM à 73 jours en Basse-Normandie.

L'enquête 2013 montre que la réduction du délai de rendez-vous ne dépend apparemment pas de la hausse du nombre d'IRM. Cependant, les auteurs du rapport invitent à la prudence dans l'interprétation, dans la mesure où les centres qui ne donnent pas de rendez-vous ont des modèles d'organisations très différents notamment en demandant à voir l'ordonnance.

Figure 4 : Délais de RDV selon le statut de l'établissement



Les auteurs rappellent aussi que l'étude ne tient pas compte des arbitrages en matière de priorités de santé faits dans chaque région en fonction de ses spécificités.

Tableau 1 : Taux régionaux de mortalité par cancer en 2006 par rapport au nombre d'IRM par million d'habitants 2010 - 2013

| Région | Taux standardisés pour 100 000 personnes (2006) | Nombre d'IRM par million d'habitants | | % de propositions de RDV 2013 |
|----------------------|---|--------------------------------------|------|-------------------------------|
| | | 2010 | 2013 | |
| Alsace | 234,8 | 7 | 10,8 | 30% |
| Aquitaine | 227,8 | 8,6 | 13,5 | 35% |
| Auvergne | 237,9 | 6,7 | 7,4 | 38% |
| Basse Normandie | 241,7 | 7,5 | 7,5 | 27% |
| Bourgogne | 246,3 | 6,7 | 6,1 | 35% |
| Bretagne | 240,6 | 6,5 | 7,8 | 31% |
| Centre | 247,1 | 6,3 | 9,4 | 35% |
| Champagne Ardenne | 258,9 | 10,5 | 12 | 50% |
| Corse | 235,5 | 6,4 | 6,4 | 0% |
| Franche Comté | 232,6 | 8,5 | 10,2 | 50% |
| Haute Normandie | 265,5 | 7,6 | 16,3 | 55% |
| Ile de France | 225,4 | 10,3 | 11,7 | 56% |
| Languedoc Roussillon | 232,2 | 6,7 | 9,7 | 79% |
| Limousin | 237,6 | 8,1 | 10,8 | 0% |
| Lorraine | 252,8 | 8,1 | 11,1 | 50% |
| Midi Pyrénées | 213,9 | 8,3 | 10 | 65% |
| Nord Pas de Calais | 286,8 | 10,1 | 12,4 | 50% |
| PACA | 215,3 | 8,3 | 8,1 | 73% |
| Pays de Loire | 236,4 | 5,3 | 7,2 | 31% |
| Picardie | 269,3 | 7,8 | 9,4 | 30% |
| Poitou Charentes | 241,3 | 6,8 | 9,6 | 19% |
| Rhône Alpes | 222,6 | 8,6 | 10,7 | 53% |
| Guadeloupe | | 7,4 | 9,9 | 55% |
| Guyane | | 4,2 | nd | 53% |
| La Réunion | | 6 | 6 | 0% |
| Martinique | | 5,1 | 12,7 | 27% |
| DOM | 200,5 | | nd | |
| France entière | | 8,2 | 10,2 | |

nd : non disponible / Source : CépiDc INSERM



IMMO PRESTIGE

POUR VOUS RADIOLOGUE, LE CMPS SÉLECTIONNE IMMO PRESTIGE,

L'EXPERTISE AU SERVICE
DE VOTRE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE

Chaque patrimoine est unique. Il nécessite une approche personnalisée avec une gestion performante et défiscalisante, en particulier pour votre investissement immobilier. Banque mutualiste d'envergure internationale, le Crédit Mutuel s'engage à bâtir avec vous une stratégie patrimoniale de qualité, en s'appuyant sur le savoir-faire et la proximité du Crédit Mutuel Professions de Santé, son réseau bancaire dédié aux professionnels de la santé.

Crédit  Mutuel
Professions de Santé

Crédit Mutuel des Professions de Santé Paris
10, rue de 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



© Photo IRSN

Rapport Cristallin IRSN - 2015

Certaines pratiques radiologiques peuvent exposer les cristallins des opérateurs. Jusqu'à une date récente, on pensait que les cristallins étaient relativement radiorésistants, du moins pour le risque de cataracte. Les études scientifiques nous amènent à actualiser nos connaissances sur les effets biologiques des rayonnements ionisants, nous interrogent sur les niveaux de doses reçues lors de notre activité, et conduisent à revoir les limites réglementaires d'exposition, donc notre surveillance et nos protections. Ce sujet est abordé par un rapport publié par l'IRSN, ci-dessous résumé. Le lecteur pourra se reporter à la page Internet dédiée : http://www.irsn.fr/FR/expertise/rapports_expertise/radioprotection-homme/Pages/Rapport-IRSN-PRP-HOM-2013-001_Cristallin-Travailleurs.aspx#.VWg378_tmko

Quelles pourraient être les conséquences pratiques de l'abaissement de la limite de dose équivalente au cristallin de l'œil pour les travailleurs de 150 mSv/an à 20mSv/an ?

Cet abaissement d'une limite réglementaire s'appliquant aux travailleurs, les PCR sont donc concernées.

Seules les conséquences pour le domaine médical seront considérées.

- Des situations où le travailleur porte un EPI (en radiologie interventionnelle par exemple),
- La géométrie du poste de travail conduit à ce que la tête se trouve davantage exposée que le reste du corps (opérations en boîte à gants par exemple).

Si le domaine médical n'est pas le seul intéressé, c'est dans ce domaine que le nombre de travailleurs le plus important se trouve concerné. L'activité la plus citée pouvant conduire à une exposition significative du cristallin est la radiologie interventionnelle.

Introduction

Suivant une recommandation de la CIPR, reprise par l'AIEA et prise en compte dans la nouvelle directive européenne 2013/59/Euratom, l'ASN a demandé l'avis de l'IRSN sur les bonnes pratiques attendues en matière de radioprotection des travailleurs dans la perspective de l'abaissement de la limite réglementaire de dose équivalente pour le cristallin à 20 mSv/an pour les travailleurs tout en laissant la limite admissible pour le public à 15 mSv/an.

Contexte historique

Dans le passé, où l'exposition était relativement homogène, le respect de la limite de dose efficace « corps entier » de 20 mSv/an garantissait une exposition du cristallin largement inférieure à la limite de 150 mSv/an.

Identification des activités professionnelles à risque

L'IRSN identifie les situations d'exposition hétérogène comme pouvant conduire à une exposition significativement différente du cristallin comparativement au reste de l'organisme. Il s'agit :



© Photo IRSN

Radiologie interventionnelle

Dans cette activité, l'opérateur est systématiquement protégé par un tablier plombé (EPI) complété souvent par un cache-thyroïde alors que le cristallin n'est pas toujours protégé par des lunettes ou écrans. Cela est principalement dû aux contraintes associées à leur utilisation (gêne ressentie du port par les opérateurs) et au niveau insuffisant de sensibilisation vis-à-vis de l'exposition du cristallin.



© Photo IRSN

Pourtant des lunettes de protection plombées avec des épaisseurs équivalentes en Pb de 0,5 mm ou de 0,75 mm apportent une atténuation d'au moins 90%.

Bonnes pratiques de radioprotection

En radiologie interventionnelle, les opérateurs sont exposés au rayonnement diffusé par le patient (exemple : env. 220 μ Sv au cristallin par hystérogaphie). De ce fait la radioprotection des patients et des travailleurs se trouvent fortement liées. Outre les moyens de protection de l'opérateur décrits, il est possible de diminuer l'exposition à laquelle est soumise l'opérateur en respectant les bonnes pratiques professionnelles et en jouant sur tous les paramètres techniques de réduction de dose au patient (fréquence d'images en scopie et en graphie, nombre de clichés, collimation du faisceau, position du tube, etc).

Quelle surveillance dosimétrique ?

La surveillance dosimétrique du cristallin doit idéalement être réalisée à l'aide de dosimètres portés au plus proche de l'œil, en intégrant si besoin la protection de verres plombés, et étalonnés en termes de Hp(3) en utilisant un fantôme approprié.

Comment estimer l'exposition au cristallin ?

1. **Exposition homogène** : l'exposition au cristallin est évaluée à partir de la grandeur dosimétrique Hp(0,07) ou Hp(10) fournie par le dosimètre actif porté à la poitrine
2. **Exposition hétérogène** : cas où la poitrine est protégée par un EPI et/EPC
 - a. En utilisant un second dosimètre placé à la poitrine mais au-dessus de l'EPI. Avec cette solution, des auteurs ont proposé une formule permettant de relier la dose au

niveau de la thyroïde, exprimée en Hp(0,07) à la dose aux yeux :

Dose yeux = 0,75 x Dose thyroïde

La difficulté ici est de déterminer précisément le facteur correctif !

- b. Avec un dosimètre spécifique, placé au plus près de l'œil, et étalonnés en termes de Hp(3). C'est la solution à privilégier.

Comment mesurer la dose au cristallin ?

Depuis la publication de ce rapport, les fournisseurs proposant des services et équipements de dosimétrie ont ajouté à leur catalogue des dosimètres conçus et étalonnés en Hp(3) pour mesurer l'exposition du cristallin (Dosiris (sur serre-tête) à l'IRSN, Vision (clipsable) chez Landauer, DosiEye (clipsable) pour Dosilab, ...).

Recommandations de l'IRSN

L'abaissement probable de la limite de dose au cristallin de 150 mSv/an à 20 Sv/an oblige à :

1. Identifier les activités et/ou les situations à risque nécessitant une surveillance dosimétrique du cristallin. L'étude de poste devra considérer ce risque et déterminer les activités et/ou situations où la dose équivalente pourrait dépasser les 15 mSv/an (du fait qu'il s'agit de la limite pour le public et d'un effet à seuil (déterministe)),
2. Définir le type de surveillance dosimétrique et la grandeur dosimétrique à utiliser,
3. Identifier des moyens de protection individuelle et collective à mettre en œuvre compte tenu de l'évolution des pratiques.

En pratique, la transcription de la directive européenne de décembre 2013 doit être achevée en mars 2017. A cette date, la nouvelle limite de dose de 20 mSv/an au cristallin (contre 150 actuellement) devra être respectée. Il faudra en tenir compte dans l'étude de poste, se doter d'outils de mesure et de protection. Toutes ces démarches devront être justifiées et formalisées par les PCR en charge des structures réalisant des actes où le radiologue se situe à proximité du patient pendant le passage des rayons X. On ne peut qu'inciter les praticiens concernés et informés à se protéger dès maintenant ... ■



Dr Emmanuel MUSEUX



Alain NOEL



Les dépenses de l'assurance maladie : mars 2015

Après deux mois de faible progression, les dépenses de l'assurance maladie sont à la hausse pour le mois de mars avec un taux de 2,7% contre 0,8% en janvier et février.

Ce sont principalement les soins de ville qui tirent les dépenses vers le haut avec un taux de 5%. Les versements au secteur public ne sont pas négligeables avec 1,3% mais bien en-dessous de la moyenne des dépenses. Les versements aux établissements privés sont, eux, en recul avec -0,2%.

Dans les soins de ville, les évolutions sont très différenciées. Ainsi, les prescriptions sont en hausse de 5,7%, les honoraires de 5% alors que les actes techniques progressent de 3,3%.

Au sein des actes techniques, la hausse des actes d'échographies (0,5%) et plus encore des actes d'imagerie hors échographie (0,2%) est proche de la stabilité et très inférieure au taux des honoraires ou même de l'ensemble des dépenses

La progression des forfaits techniques est, elle aussi, limitée. Les forfaits scanner progressent de 1,5% et ceux d'IRM de 0,7%.

Il est à noter que si, dans l'ensemble, les honoraires augmentent, ce n'est pas le cas de ceux des médecins radiologues. ■

Dépenses de l'assurance maladie - Mars 2015

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

| Prestations | Mars 2015 en euros | Mars 2015 en % |
|---|-----------------------|-------------------|
| Consultations | 1 530 335 | 0,7% |
| Visites | 195 090 | 0,1% |
| Actes Techniques (*) | 1 723 214 | 3,3% |
| Dont actes d'échographies | 286 651 | 0,5% |
| Dont actes d'imagerie (hors échographie) | 352 715 | 0,2% |
| Forfaits scanner – IRM – Tomographie | 244 624 | 1,7% |
| Forfaits consommables | | |
| Dont scanner | 92 499 | 1,5% |
| Dont IRM | 126 985 | 0,7% |
| Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires) | 4 714 877 | 3,4% |
| Total prescriptions | 12 257 368 | 5,7% |
| Total soins de ville | 16 972 245 | 5,0% |
| Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public | 14 483 120 | 1,3% |
| Total versements aux établissements sanitaires privés | 2 804 895 | -0,2% |
| Total prestations médico-sociales | 4 032 599 | 1,7% |
| Total statistique mensuelle des dépenses | 41 473 293 | 2,7% |

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

LOIRE ATLANTIQUE

Le Syndicat des radiologues de la Loire Atlantique a procédé au renouvellement de son Bureau le 23 mars 2015 :

Président : **Dr Christophe THIBAUD** (Orvault)
Trésorier : **Dr Jean-Yves ALLARD** (Guérande)
Secrétaires : **Dr Olivier GUENEGO** (Nantes)
Dr Jacques MAINFRAY (Saint-Nazaire)
Dr Emmanuel MUSEUX (Saint-Nazaire)

MAINE ET LOIRE

Le Syndicat des radiologues du Maine et Loire a procédé au renouvellement de son Bureau en décembre 2014 :

Président : **Dr Francis LEMIRE** (Trélazé)
Secrétaire : **Dr Patrick RIPOCHE** (Cholet)
Trésorier : **Dr Alexandre BLONDET** (Baugé)

UNION RÉGIONALE DU CENTRE

Le Bureau de l'Union régionale CENTRE, réunie le 3 juin 2015, a procédé au remplacement du **Docteur Didier STROHL** par le **Docteur Dominique GERVEREAU** au poste d'Administrateur titulaire au Conseil d'administration de la FNMR.



- 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



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10575 06 Nice, cause retraite, cède parts dans groupe 9 radiol travaillant sur 4 sites. Matériel de haut niveau. radio, echo, doppler, mammo, nombreuses vacations scanner et IRM.

> **Contacteur le : 06.78.90.48.31**
Email : verso06@orange.fr

10576 13 Vente ou location cab de radiologie dans centre médical multidisciplinaire, centre radio 2 salles + mammo et écho, proche labo d'analyses.

> **Contacteur : 06.18.85.38.48**

10577 16 Angoulême, cause retraite, SCM 14 radiol cherc. associé(ées). Activité multisites : 3 cab périphériques, 1 centre seno-radio avec mammothome, 1 scan, 2 irm, 1 clin médico-chir, plateau technique complet.

> **Contacteur :**
Dr GARNAUD : 06.07.79.25.16 ou
Email : jlgarnaud@hotmail.fr

10578 17 Ile d'Oléron, cède cab radiol avant retraite. 2 salles télé dont 1 avec capteur direct, seno-console mammo, pano, echo IU22, ostéo, archivage + serveur web, accès IRM, pas d'astreinte ni garde.

> **Contacteur : 06.61.43.37.34** ou
Email : jollymail@free.fr

10579 21 Dijon, cherc. mammographe tomosynthèse GE micro mammothome écho IRM remplacement ou installation.

> **Contacteur : 06.11.02.61.87**

10580 22 St-Brieux, SELARL 3 radiol cherc. remplaçant(e) pour cab. + clinique, plateau technique complet.

> **Contacteur : 02.96.33.73.00**

10581 34 La Grande Motte, cab radiol convent, encore à développer (35 000 hab. l'hiver et 200 000 l'été). Accès scan 10 min, salle télécom, salle d'os, pano dentaire, télécrâne, ostéod, Mammo, écho. Doppler, console d'interprétation, etc. Entièrement numérisée, 10 PC et serveur pour RIS et archivage. Matériel récent.

> **Contacteur : 06.11.48.12.22** ou
Email : jacques@sellam.fr

10582 56 Vannes, Grpe imag médicale, 14 associés, activité clinique, 2 TDM – 2 IRM – Mammo.num., cherc. remplaçant en vue association.

> **Contacteur : 02.97.62.57.21** ou
Email : b.bodolec@riva56.fr

10583 74 Annemasse, Selarl secteur 2 (clinique MCO 220lits+2 cab+scan s/site) cherche associé(e) ACCA ou équivalent, large accès IRM.

> **Contacteur :**
Dr BERGER : 06.84.62.52.95 ou
Dr FINCK : 06.77.37.53.82

10584 75 Essonne, Groupe imag médicale de 8 radiologues. Clinique MCO (130 lits), plateau technique complet : un scan, une IRM poly et une IRM ostéo-art, cherche ACCA ou équivalent (secteur 2) pour association (2.5 j/sem).

> **Contacteur : 06 78 69 94 43** ou
Email : michel.depressigny@free.fr

10585 97 La Réunion, Selarl 2 associés, 2 cabinets, un principal au Port, autre secondaire à St-Gilles. Radio numérique convent et mammo, Scanner Conebeam, écho doppler infiltrations et interventionnel articulaire biopsie.

> **Contacteur : 06.92.67.12.03** ou
Email : cimag@wanadoo.fr

REPLACEMENT

Demande

10586 21 Dijon, cherc. remplaçant régulier radiologue clinique scanner IRM ou mammo : association prévue.

> **Contacteur : 06.11.02.61.87**

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

BIENTÔT VOS PETITES ANNONCES DANS LE SITE DE LA FNMR



Le Médecin Radiologue de France

Directeur de la Publication : Dr Jean-Philippe MASSON
 Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIÈRE
 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 2^{ème} trimestre 2015