

La lettre de la FNMR  
www.fnmr.org

## Ecouter vraiment les médecins radiologues



La Cour des comptes a remis à la Commission des affaires sociales du Sénat le rapport sur l'imagerie médicale qui lui avait

été demandé.

Les extraits que la Cour nous avaient communiqués n'auguraient rien de bon. Comme lors d'un précédent rapport, cette docte institution réclame jusqu'à 460 millions d'euros d'économies en trois ans sur notre spécialité et la baisse des forfaits techniques de scanner et IRM alors que de nombreux centres sont en déficit. Les 900 millions précédemment économisés et nos multiples alertes sur la menace que représentent ces plans pour les cabinets d'imagerie ne semblent rien signifier pour la Cour.

Les dentistes seraient eux aussi sur la sellette, si l'on en croit les fuites organisées autour du rapport en cours sur leur spécialité et les fortes critiques que la Cour leur adresse. On

peut se demander comment ces rapports sont documentés s'ils ne tiennent pas compte de ce que les professionnels interrogés ont décrit ? Quelle crédibilité doit-on donc retenir de ces travaux.

Les différents ministères auront beau jeu d'utiliser ces rapports pour justifier des demandes d'économies ne reposant, finalement, sur aucune réalité. Au moment où de nombreuses équipes politiques essaient de renouer le dialogue avec les professionnels de santé, la crédibilité envers le pouvoir politique et ses institutions va être difficile à restaurer.

Le dernier Conseil d'administration de la FNMR, réuni à Marseille, (cf. compte rendu dans cette revue), avait mandaté le Bureau pour la poursuite des négociations avec la CNAM en vue d'un plan pluriannuel d'économies basé sur l'ensemble de l'imagerie médicale, axé sur des mesures de mai-

trise médicalisée et non des baisses arbitraires de tarifs. Les rencontres se poursuivent mais il est encore trop tôt pour dire si elles aboutiront à une conclusion acceptable pour notre spécialité. Les propositions seront soumises en juin au prochain Conseil.

Enfin, nous avons appris que certaines Agences Régionales de Santé manifestent la volonté de casser l'échelon départemental que représentent nos structures de gestion : il s'agit d'une tentative de prise en main du dépistage organisé du sein. Vous devez être extrêmement vigilants dans votre département et nous informer de toute tentative de cet ordre.

Une fois de plus, notre unité et notre cohésion doivent être sans faille face à toutes ces attaques.

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

■ CA de la FNMR du 20 mars 2016 .....	02
■ Adhérer à la FNMR .....	11
■ Les professionnels de santé .....	12
■ Petites annonces .....	20

■ Annonceurs :	
AG2R LA MONDIALE .....	15
LABELIX .....	03





## Négociations ouvertes

### Les comptes de la FNMR



Dr Dominique Maseys

Le Conseil d'administration de la FNMR s'ouvre avec la présentation des comptes de la Fédération par Dominique Maseys, Trésorier. Il constate qu'une nouvelle fois la radiologie et les radiologues sont l'objet de nombreuses attaques. **L'unité des responsables de la Fédération, de son Conseil et de la profes-**

**sion est la meilleure défense.**

Revenant à l'ordre du jour, il présente **les comptes 2015 en excédent**. Les recettes ont été supérieures aux prévisions grâce, notamment, à un niveau de cotisations plus fort qu'attendu en raison de nouvelles adhésions. Dominique Maseys et Jean-Charles Guilbeau saluent le travail des trésoriers départementaux et régionaux qui a permis ce résultat. Les cotisations des centres scanner et IRM ont aussi progressé par rapport au prévisionnel.

Les dépenses sont inférieures aux prévisions. La conjugaison de ces mouvements se traduit par un résultat net positif.

Pour 2016, Dominique Maseys présente une estimation prudente des recettes prévisionnelles, un niveau de dépenses maintenues pour des comptes à l'équilibre.

Jean-Philippe Masson, Président de la Fédération souligne que le budget 2016 comprend les provisions pour la rédaction d'un "livre blanc" de l'imagerie médicale, en collaboration avec les autres composantes du Conseil professionnel de la radiologie (G4), le Collège des Enseignants de la Radiologie Française (CERF), la Société Française de Radiologie (SFR) et le Syndicat des radiologues hospitaliers (SRH). Ce livre exposera les problèmes des différents modes d'exercice de la radiologie et tracera des pistes pour l'avenir de la radiologie en France. Sa parution aura lieu lors des Journées Françaises de Radiologie (JFR).

**Le Conseil approuve les comptes à l'unanimité.** Il appartiendra à l'Assemblée générale de juin de les adopter définitivement.

### Rencontres : Cour des comptes, CNAM

Lors du précédent Conseil, Jean-Philippe Masson avait informé les administrateurs que la Cour des comptes, mandatée par la commission des affaires sociales du Sénat, entreprenait une étude de la radiologie en auditionnant les principaux acteurs dont la FNMR à deux reprises.

Le rapport de la Cour reste confidentiel jusqu'à sa publication. Mais la FNMR, qui a été destinataire d'un extrait de ce rapport, a rappelé à la Cour l'état de la radiologie libérale après neuf années de baisses tarifaires : démantèlement du maillage territorial et remise en cause du dépistage organisé du cancer du sein par la fermeture de cabinets de proximité, déficit de 18% des scanners et de 5% des IRM, etc. La FNMR a également souligné que **la politique menée par les tutelles ne permet pas de développer la spécialité comme il serait nécessaire** pour qu'elle puisse jouer pleinement son rôle central dans le parcours de soins des patients. Enfin, il faut se rappeler qu'un précédent rapport de la Cour évaluait déjà les économies possibles sur la radiologie à 450 millions d'euros<sup>1</sup>.

Laurent Verzaux, qui a représenté la FNMR à une audition, ajoute que les différentes composantes du G4 et les représentants de manipulateurs (AFPPE) ont fait la même description de la spécialité, les mêmes constats sur ses difficultés et les mêmes propositions d'avenir. **La profession a fait une réponse unanime et cohérente**, mais ne nous berçons pas d'illusions, cela ne changera pas les orientations des tutelles. Le rapport de la Cour devrait être publié au cours du mois de mai<sup>2</sup>.

En parallèle à ces rencontres avec la Cour, la FNMR a rencontré, à plusieurs reprises, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour **discuter d'un prochain plan pluriannuel**. Jean-Philippe Masson

<sup>1</sup> Le rapport complet pour 2016 a été rendu public le 12 mai. Cette année, la Cour demande entre 190 et 460 millions d'économies sur 3 ans.

<sup>2</sup> Il a été publié le 12 mai

constate que les premières réunions n'ont pas permis d'avancer faute que la Caisse ait fait connaître ses intentions.



Dr Jean-Philippe Masson

Le président de la Fédération a également rencontré le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé. Celui-ci a rappelé, comme l'avait déjà fait le directeur général de la CNAM, la difficulté de tenir l'Objectif national des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui a été fixé, en baisse, à 1,75%.

A l'issue de ces réunions, **la Caisse a présenté un plan d'économies de 180 millions sur trois ans**. Elle a indiqué aussi que **la baisse du modificateur Z** était envisagée. Le seul point positif est que la Caisse est prête à envisager la suppression du forfait technique double en scanner.

**La FNMR a fait savoir aux tutelles qu'un plan de l'ampleur des précédents n'était pas envisageable** en raison de la situation des cabinets. Il doit reposer sur des mesures de maîtrise médicalisées comme la pertinence des demandes d'examen en IRM ostéoarticulaire et les radiographies multi-incidences. De plus, un plan sur l'imagerie ne peut pas porter sur les

<sup>3</sup> Classification commune des actes médicaux

seuls radiologues. Comme le souligne Laurent Verzaux, la Fédération a rappelé à la Caisse et aux ministères que dans les dépenses d'imagerie, l'échographie est le premier poste et que les radiologues ne réalisent que 48% des actes correspondant à seulement 38% des dépenses de cette technique. Parmi d'autres mesures, la Fédération propose la mise en place d'un contrôle qualité sur les échographes avec des baisses de cotations pour les appareils qui n'en disposeraient pas. Une autre proposition est de conditionner, comme le prévoient les dispositions générales de la CCAM <sup>3</sup>, le remboursement des actes au respect de la rédaction d'un compte rendu.



Wilfrid Vincent

Wilfrid Vincent, délégué général, rappelle que la Fédération a réalisé l'an passé une enquête sur les scanners et les I.R.M., dont les conclusions ont été transmises à la CNAM. Celle-ci a procédé à une étude sur certains points de l'enquête FNMR et est arrivée aux mêmes résultats en ce qui concerne la pratique des forfaits techniques doubles en scanner. Il est à espérer que la Caisse aura aussi intégré les difficultés des centres de scanner.

Suite article p.4

Publi - Rédactionnel



Qualité



## INVITATION au prochain club utilisateurs labelix le mercredi 29 juin 2016 de 12h30 à 18h à Paris

Cette réunion sur le thème « Environnement managérial en radiologie » est organisée par Labelix, en partenariat avec Marlène Renaud (CQS, société conseil et accompagnement agréé par Labelix).

Ce club est ouvert à tous : radiologues, référents qualité, manipulateurs ...

Ce sera l'occasion de rencontrer des médecins radiologues ainsi que des professionnels de santé impliqués dans la démarche Labelix et de trouver ainsi des réponses aux questions sur la labellisation.

Labelix est un dispositif spécifique à la profession et développé par elle. Grâce à son référentiel étendu à certains domaines (hygiène, vigilance, accueil...) et centré sur le patient, il permet d'améliorer les conditions de sa prise en charge et s'avère ainsi être un outil de management pour nos structures d'imagerie.

**Venez nombreux le**

**Mercredi 29 juin 2016**

**de 12h30 à 18h - Paris 7<sup>ème</sup>**

(le lieu sera précisé ultérieurement)

La participation à cette journée est libre et gratuite

Au programme, deux ateliers :

- l'environnement managérial en radiologie
- le radiologue : du médecin au manager, rupture ou continuité ?

**Inscrivez-vous par mail avant le 31 mai :**

**info@labelix.org**

(nombre de places limité)

En nous précisant vos noms et adresse professionnelle pour recevoir la confirmation d'inscription.



**Un intervenant fait valoir que les radiologues comprennent et acceptent de plus en plus mal les baisses tarifaires.** En revanche, il considère qu'un plan pluriannuel est possible s'il repose sur des mesures médicalisées, pour un montant compatible avec la situation financière des cabinets, et s'il est partagé par l'ensemble des spécialités faisant de l'imagerie. Il suggère aussi que, pour réaliser des économies, le régime commun du ticket modérateur soit appliqué à certains actes d'imagerie. Ce ticket modérateur pourrait être pris en charge par les mutuelles comme pour les autres actes. D'autres pistes d'économies, par exemple sur la mammographie, sont discutées par le Conseil. Ces propositions ont été soumises aux tutelles qui ont opposé un refus absolu.

Jean-Philippe Masson est conscient de la situation des cabinets et de l'état d'esprit des radiologues. Mais la Fédération et son Conseil d'administration devront prendre leur responsabilité pour éviter le pire aux radiologues si un plan acceptable peut être signé. En effet, en l'absence de plan, les tutelles pourraient être tentées d'imposer des mesures fortes et brutales à l'occasion du PLFSS 2017 qui sera voté en décembre. **La FNMR demande aussi aux syndicats polycatégoriels, qui eux-mêmes négocient une nouvelle convention médicale, de soutenir la profession.** Les syndicats représentatifs connaissent les positions de la Fédération et sont tenus informés à chaque étape. Ils ont confirmé leur soutien annoncé lors du séminaire de la Fédération à Marseille en mars dernier.

**Les membres du Conseil décident unanimement de poursuivre les discussions avec la CNAM.** Mais ils refusent les mesures de baisses tarifaires aveugles. Un éventuel plan doit reposer sur des mesures médicalisées et son montant doit tenir compte de

l'état des cabinets de radiologie et être réparti entre les spécialités qui réalisent de l'imagerie. Le Conseil d'administration décide qu'un communiqué exprimant sa position sera publié.

## Le Contrat d'accès aux soins (CAS)

Le CAS fait l'objet d'un débat au sein du Conseil. Il n'a pas apporté les avantages attendus et, dans certains cas, a conduit à une forte hausse de cotisations sociales. Mais à l'inverse, dans certaines régions, le CAS a apporté une bouffée d'oxygène. La caisse ne sait pas non plus comment résoudre le problème du taux régional pour les régions qui ont fusionnées au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et qui avaient des taux distincts auparavant. **La FNMR a fait connaître aux partenaires conventionnels sa revendication d'un taux national unique de dépassement pour les radiologues** afin d'éviter les situations inégalitaires entre les régions. Cependant, signé pour la durée de la présente convention, il n'est pas certain que le CAS soit reconduit.

## Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La loi de modernisation du système de santé, votée en décembre 2015, a instauré les GHT <sup>4</sup>. Dès la présentation du projet de loi, les GHT sont apparus comme un risque pour la médecine libérale et en particulier pour les médecins radiologues.

Le Groupement Hospitalier de Territoire est constitué d'un hôpital pivot auquel se raccrochent les petits hôpitaux pour, en théorie, faire des économies d'échelle. Par exemple, les GHT devraient permettre de regrouper les services informatiques des établissements publics d'un même territoire. Un premier décret, déjà publié donne aux hôpitaux concernés un délai jusqu'en 2020 pour homogénéiser leurs services informatiques.

D'autres décrets d'application de la loi de santé concernant l'organisation médicale sont en cours de rédaction. Les projets de décrets suscitent une vive hostilité des syndicats de praticiens hospitaliers qui se verraient obligés de tourner dans tous les hôpitaux d'un même groupement.

**Pour le secteur libéral et pour les radiologues, la préparation des GHT risque de se traduire par le blocage de tous les projets de coopération public-**

<sup>4</sup> Le décret d'application sur les GHT est paru au Journal Officiel du 29 avril - Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016

**privé pendant deux ans.** A l'issue de cette période, si le GHT n'a pas permis de résoudre les problèmes des hôpitaux membres du groupement, ils pourront alors se tourner vers le secteur libéral. Cette période risque d'être très difficile comme le montre, avant même la mise en place des GHT, les dénonciations de convention de co-utilisation d'imagerie en coupe par des hôpitaux qui cherchent à récupérer la totalité des forfaits techniques mêmes lorsque les radiologues assument une partie des tâches couvertes par le forfait (secrétariat, etc.) ainsi qu'une part de l'acte intellectuel ce qui est non seulement inacceptable mais aussi illégal.

Les cliniques ayant des missions de service public auront l'obligation de tarifier exclusivement en secteur 1 alors que cette règle ne serait pas imposée aux praticiens hospitaliers.

La FNMR a prévu de rencontrer le nouveau délégué général de la Fédération Hospitalière de France afin de lui faire part des inquiétudes des radiologues.

Un autre décret d'application relatif aux manipulateurs est en cours de rédaction avec l'AFPPE<sup>5</sup>. Il ne semble pas poser de problème.

## Porter des projets en région

Quelles sont les instances adéquates des radiologues pour porter des projets auprès des Agences régionales de santé (ARS) ? Les syndicats régionaux des radiologues ? Les Unions régionales des professionnels de santé ? Le Conseil professionnel régional (G4 régional) ?

*“ Quelles sont les instances adéquates des radiologues pour porter des projets auprès des Agences régionales de santé ? ”*

Pour le président de la FNMR, la réponse dépend de la région. Mais d'une manière générale, **l'Union régionale des radiologues est une instance incontournable qui peut s'exprimer à**

**travers le G4 régional** ce qui suppose que les radiologues libéraux s'y investissent. La réponse dépend aussi de la nature du projet.

Un projet de téléradiologie régionale sera plutôt porté par le G4 régional avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Pour la mise en place d'un Projet professionnel commun (PPC) entre un groupe de radiologues et un hôpital, le G4 peut être une instance porteuse puisque des radiologues hospitaliers y siègent.

Il importe que la composition des G4 régionaux soit paritaire.

## Viscosupplémentation

Des rhumatologues ont menacé de dénoncer les radiologues faisant de la viscosupplémentation car l'AMM<sup>6</sup> du produit indique que seuls les rhumatologues, les médecins physiques et les orthopédistes ont le droit de prescrire le produit et seuls ces mêmes médecins ont droit de procéder à son injection.

**Les radiologues n'ont pas le droit de le prescrire.** S'ils le font, l'Assurance maladie ne rembourse pas le patient. Si elle le fait par erreur, elle est en droit de réclamer au radiologue l'indu du montant de ce produit. Il ne faut donc pas le prescrire.

Il est à noter que certains rhumatologues demandent aux radiologues de réaliser l'injection de viscosupplémentation, notamment pour les hanches.

Cette question a été abordée lors du **Conseil professionnel de la radiologie (G4) qui va demander une modification de l'AMM pour ce produit**, ce qui risque d'être très long à obtenir.

D'ici là, il faut être prudent et, par exemple, ne pas coter une arthrographie, sans faire de compte rendu, avec une infiltration et une biopsie synoviale sur le même acte. Il ne faut pas oublier de mentionner que c'est après l'échec des thérapeutiques habituelles.

## Nouvelles régions et statuts de la FNMR

**La modification de la carte régionale, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, amène la FNMR à adapter son organisation régionale et donc ses statuts.**

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, présente les modifications qui seront soumises à l'Assemblée générale du mois de juin.

La réforme de l'organisation territoriale réduit le nombre de régions de 23 à 13. Les statuts actuels de la FNMR prévoient que chaque Union régionale des radiologues est représentée au Conseil d'administration de la Fédération par un administrateur, plus un administrateur par tranche de 50 cotisants au-delà des



Dr Jean-Christophe Delesalle

<sup>5</sup> Association Française du Personnel Paramédical d'Electroradiologie

<sup>6</sup> Autorisation de Mise sur le Marché



50 premiers. Le passage à 13 régions, sans changement dans l'organisation de la Fédération, a une incidence sur le nombre d'administrateurs de la FNMR. Plusieurs simulations ont été réalisées partant de la base des administrateurs actuels, des cotisations 2014 et sur des hypothèses de modification des tranches de cotisants, 50, 45, 40 et 35.

À partir de ces simulations, **la reconduction de la situation actuelle pénaliserait les régions qui fusionnent**, d'autant plus que le nombre de régions d'origine est important, à cause de l'effet de seuil de la tranche de cotisants.

La réduction du nombre de cotisants par tranche, par exemple en passant de 50 à 45, n'apporte aucune solution satisfaisante.

Dans les deux cas, des régions sont perdantes et d'autres gagnantes à nombre de cotisants égal, des régions gagnantes à nombre de cotisants en diminution et des régions perdantes à nombre de cotisants en augmentation.

Le meilleur équilibre trouvé est d'instaurer comme principe que le Président de chaque Union régionale dispose de droit d'un poste d'administrateur à la Fédération. Ensuite, chaque région dispose d'un administrateur supplémentaire issu des anciennes régions d'avant la réforme territoriale. Le nombre de 50 cotisants par tranche est maintenu, c'est-à-dire qu'au-delà de la première tranche de 50 adhérents, il y a un administrateur supplémentaire par tranche de 50 adhérents.

Cette proposition assure à chaque région une représentation de droit avec son président. Elle amortit l'effet de seuil de la fusion des anciennes régions, puisqu'il y a un poste de droit par ancienne

région, aucune région n'étant perdante à nombre quasi égal de cotisants. **La majorité des régions (12) garde un nombre d'administrateurs stable voire plus élevé pour dix d'entre elles**, une seule région étant perdante car pénalisée par une réduction de cotisants. Inversement, une seule région bénéficie d'un effet d'aubaine avec un administrateur supplémentaire. Au total, il y aurait quatorze administrateurs supplémentaires.

Les modifications de statuts seront publiées dans la revue d'avril et soumises au vote de l'Assemblée générale extraordinaire de juin avec les modifications inhérentes au règlement intérieur.

Les Unions régionales et départementales devront adapter leurs propres statuts à cette évolution.

## Désinfection des sondes endocavitaires

Philippe Coquel rappelle que **la réglementation de la désinfection des sondes endocavitaires repose sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique du 14 décembre 2007 pour l'usage des gaines de protection et du 17 octobre 2008 pour la désinfection des sondes à échographie endocavitaire**.



Dr Philippe Coquel

Ces décisions soulignaient le strict respect des précautions habituelles (hygiène des mains, gants) et prévoyaient deux protocoles, l'un pour mettre une gaine et l'autre pour l'enlever. L'ensemble des mesures d'hygiène devait être traçable. Dans ce cadre, l'utilisation d'une gaine de protection était une alternative à la procédure de

décontamination intermédiaire sous réserve d'appliquer strictement les recommandations et une désinfection de bas niveau (lingettes désinfectantes) après chaque examen. Une décontamination intermédiaire était indispensable dès lors que des souillures sur la sonde ou une perforation de la gaine étaient constatées. Ces recommandations imposaient donc au professionnel d'avoir un système de décontamination intermédiaire en cas d'incident.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont réuni au ministère de la santé les professionnels le 1<sup>er</sup> mars 2016 pour faire le point, alors que l'audit prévu en 2007 et 2008 n'avait pas été réalisé. La DGS, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) et l'association Le Lien<sup>7</sup> ont indiqué que leur préoccupation sur le non respect de la stricte application des recommandations et de l'émergence du problème spécifique du papillomavirus humain (HPV), virus difficile à éliminer et responsable de cancers génitaux et de la cavité buccale.

Le Lien et la SF2H demandent que la désinfection intermédiaire soit réalisée après chaque échographie endocavitaire, comme dans la plupart des autres pays. Une discussion a souligné l'absence d'étude solide démontrant une contamination réelle en France et dans le monde, l'absence de contrôle qualité des gaines, la compatibilité incomplète de certains dispositifs avec les sondes (garantie annulée par le constructeur) et les implications économiques de l'évolution des pratiques quant à l'offre de soins (cabinet de gynécologie isolé notamment) lié au coût de la désinfection systématique. En vertu essentiellement du principe de précaution, la décision est en fait déjà actée et la publication d'une instruction de la DGOS se référant à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) du 08 janvier 2016 devrait être rapidement publiée.

La désinfection intermédiaire pourra se faire par trempage avec des produits efficaces sur le HPV ou des dispositifs automatiques. À l'heure actuelle seule la solution Trophon présentée par Nanosonics répond à tous les critères. Elle est validée par la FDA. Son coût n'est pas négligeable puisque pour 10 décontaminations par jour pendant 5 ans, celui-ci serait d'environ 50000 euros. L'avantage de la solution réside dans la réduction du temps d'immobilisation de la sonde endocavitaire (7 minutes contre 20 à 30 minutes par trempage avec de moindres contraintes d'utilisation des produits désinfectants). Une alternative est l'acquisition d'une deuxième sonde, finalement moins onéreuse que le système Trophon si on utilise le trempage. Le matériel Antigermix n'est à l'heure actuelle validé ni par la FDA ni pour le HPV.

La problématique de la qualité des gaines a été évoquée. Aucune norme ou Contrôle qualité n'existe

contrairement aux gants chirurgicaux. L'ANSM devrait être saisie du problème contrôle qualité car il n'y a pas de normes. Le problème avait déjà été souligné en 2007 et les professionnels avaient demandé des normes pour les gaines.

Enfin la logique voudrait que la sécurité vis-à-vis du HPV soit évoquée pour la pratique des touchers vaginaux. Ceci devrait faire l'objet d'études et de réflexions.

Dans l'attente de nouvelles recommandations, la stricte application de celles de 2007 - 2008 s'imposent d'autant qu'aucune étude n'a démontré leur inefficacité.

## Tomosynthèse

L'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) a publié un rapport sur la tomosynthèse<sup>8</sup> sur lequel Philippe Coquel fait le point. Ce rapport comporte trois chapitres : l'aspect technique, les éléments cliniques, les perspectives et commentaires. La tomosynthèse consiste à acquérir plusieurs images mammographiques sous des angles différents permettant de reconstruire des coupes fines dans des plans différents. L'acquisition peut se faire en continu ou successivement. Le terme 3D ne doit pas être utilisé car le procédé n'a rien à voir avec la 3D en scanner ou en I.R.M. De même, la notion d'épaisseur de coupe est différente de celle utilisée en scanner, ou elle est parfaitement définie.

En tomosynthèse, c'est une zone de netteté avec une profondeur de champ, un flou en avant ou en arrière, comme en photo.

**Il y a autant de tomosynthèses que de constructeurs. Les technologies et les techniques sont très différentes de l'un à l'autre :** géométrie, mouvements du tube, projections et angles, grilles, paramètres et détecteurs.

Pratiquement tous les constructeurs utilisent un capteur plein champ fixe. Seul Philips utilise un comptage de photons pour son prototype actuellement en test à Genève.

Tous les constructeurs ont des angles et un nombre de projections différents. Avec un angle de balayage relativement faible, la tranche sera un peu plus épaisse ; s'il est plus grand, la tranche sera moins épaisse avec une meilleure résolution en profondeur. Inversement, plus l'angle de balayage est large, plus la résolution latérale sera mauvaise. Tous les algorithmes de reconstruction sont dérivés des scanners et sont plus ou moins bien adaptés à la tomosynthèse. La « 2D synthétique » est importante et probablement la voie d'avenir de la tomosynthèse permettant la réduction

<sup>7</sup> Association d'aide aux patients victimes d'actes médicaux

<sup>8</sup> Tomosynthèse - Rapport d'étude bibliographique - PRP-HOM n°2015-00008 - IRSN

des doses, puisque l'on reconstruit une image « 2D classique » à partir du package pseudo 3D ; trois constructeurs en sont équipés mais un seul est agréé par la FDA.

Concernant l'offre industrielle, cinq machines sont commercialisées en France à l'heure actuelle. En France et en Europe, à l'exception de l'Angleterre, il n'y a aucun critère de qualité pour les machines de tomosynthèse. Seule la FDA<sup>9</sup> a instauré des normes. Trois constructeurs ont obtenu l'agrément après ce contrôle qualité : Hologic en 2011, General Electric en 2014 et Siemens en 2015. Les Canadiens et les Anglais ont également recours à des validations. Les deux autres machines utilisées en France, le Giotto et le Fuji, n'ont actuellement aucun agrément FDA.

Deux autres équipements sont en cours de développement et non commercialisés : le Philips microdose et le Planmed.

### **Actuellement, il n'y a aucune technologie qui fasse l'unanimité.**

La technique n'est ni mature ni validée sur le plan technique. Avant de la diffuser, **il faut qu'il y ait un contrôle qualité des machines et des images et en particulier synthétiques.** En effet, comment peut-on être sûr de la qualité si l'on n'est déjà pas assuré de la qualité des images acquises en pseudo 3D, puisque l'image synthétique est la sommation de tout cela ? Avant de diffuser, il va falloir contrôler.

Selon les constructeurs, le comportement des machines est extrêmement différent selon l'épaisseur du sein en particulier ; la réponse ne sera plus la même en fonction de la morphologie mammaire.

Etant donné la diversité de techniques, l'IRSN souligne que ce qui a été démontré dans des articles pour une machine ne peut pas être extrapolé aux autres.

**L'augmentation des doses amène à examiner le rapport bénéfices/risques.** Si plus de cancers sont détectés, l'augmentation de doses peut se justifier, mais, actuellement, rien n'est certain.

Le référentiel de qualité est l'EUREF ; l'Europe est en tête puisqu'il y a un protocole, compliqué et non achevé, mais qui a permis de faire une première étude, en France, sur les différentes machines. L'IRSN recommande de les contrôler toutes, selon le 1<sup>er</sup> protocole EUREF, de faire des travaux nationaux sur le contrôle qualité, comme cela avait été fait pour la mammographie numérique. Sur le plan technique, l'Institut demande le contrôle de l'affichage des indices dosimétriques, parce qu'il n'est pas uniforme selon les machines.

<sup>9</sup> Food and Drug Administration

Les études en mammographie montrent une réduction de 22% de la mortalité des femmes liée au cancer du sein grâce au dépistage qui est efficace. Mais ce n'est pas suffisant car il reste la première cause de mortalité chez la femme, particulièrement en dessous de 50 ans. Par ailleurs, 30 à 50% des cancers identifiés dans des screening contrôlés sont des cancers de l'intervalle, qui sont les plus agressifs. Des cancers sont dépistés mais peut-être pas les plus dangereux.

Christiane Kuhl a comparé l'apport des autres techniques au cours de sa présentation à l'ECR 2016. La tomosynthèse détecte en moyenne 1,25 cancer de plus par 1000 femmes dépistées, et réduit le taux de rappel, ce qui ne concerne pas la France, puisque les radiologues voient les patientes et que le taux de rappel est nettement inférieur à celui des campagnes avec les camions ou à celui des Américains, qui ne voient pas les patientes. Le temps de lecture est doublé ou triplé par rapport à une mammographie, ce qui augmente considérablement le temps médecin.

Les valeurs prédictives positives des biopsies sont également améliorées. Elle a aussi repris toutes les études faites sur l'échographie. L'échographie permet détecter en moyenne 4,1 cancers de plus pour 1000 femmes dépistées. Le temps radiologiste est estimé à 21 minutes.

Quant à l'IRM, il ressort un taux de 14,6/1000 c'est-à-dire 10 fois plus que la tomosynthèse. On peut arguer que l'I.R.M. est compliquée, dure longtemps et que son accès est difficile.

**Quelles sont les perspectives ?** La France a mis en place un système différent des autres pays. Les patientes sont vues, examinées. Une échographie est faite, si nécessaire. Le diagnostic est immédiat. La tomosynthèse aura-t-elle autant de bénéfices que ce qui a été décrit dans les autres pays ?

Une étude, faite par une équipe italienne, mise en ligne en mars 2016 dans Journal of Clinical Oncology (Tagliafico AS et all) indique que, lorsque la tomosynthèse est positive, c'est-à-dire qu'elle rajoute un cancer du sein qui n'a pas été détecté par la mammographie numérique, l'échographie est également positive 12 fois sur 13. Quand la tomosynthèse est négative, l'échographie détecte 11 cancers de plus.

La conclusion de l'auteur est que si l'échographie est réalisée systématiquement devant des seins denses, comme en Italie ou en France, l'apport de la tomosynthèse est négligeable. En revanche, si l'organisation des soins fait que c'est un dépistage systématique sans échographie, comme aux États-Unis



ou dans les pays scandinaves, la tomosynthèse peut être utile.

La France pratique la seconde lecture. Si la tomosynthèse est introduite en dépistage, le second lecteur soit dans les mêmes conditions que le premier, c'est-à-dire qu'il ait accès à une console dans un centre de seconde lecture avec les fichiers de tomosynthèse. C'est impossible à mettre en place actuellement tant sur le plan économique qu'organisationnel.

La France dispose d'un maillage territorial dense par les cabinets privés de radiologie qui assurent 85 à 90% du dépistage ce qui n'est pas le cas d'autres pays, organisés avec des centres de dépistage où exercent des radiologues qui font, au minimum, 5 000 mammographies pour être agréés.

Le développement de la tomosynthèse provoquera une concentration des mammographes avec le risque de tourner le dos à un système qui fonctionne pour retrouver les critères européens ce qui pourrait susciter de nombreux problèmes.

**Quel est l'avenir ? C'est changer le monde du dépistage du cancer du sein.** Deux études ont montré l'apport des nouvelles techniques d'I.R.M. abrégées. Cinq autres essais, européens et américains sont en cours.

On dit souvent que l'on n'a pas inventé l'électricité en améliorant la bougie, or, il semble que beaucoup trop d'objets présentés comme révolutionnaires ne sont, pour l'instant, que des bougies améliorées.

La tomosynthèse est-elle « une amélioration de la bougie » ? Ne faut-il pas passer à autre chose ? Actuellement, le seul problème de l'I.R.M. mammaire en dépistage est économique (coût, disponibilité). Il faut peut être envisager un changement de paradigme, des machines dédiées, des protocoles adaptés au dépistage qui permettraient d'avoir une quasi-certitude qu'il n'y a pas de cancer en faisant une I.R.M., qui dure entre trois et sept minutes, avec une interprétation optimisée et rapide du radiologue.

Dans l'immédiat, il faut se former à la tomosynthèse. Aux États-Unis, les radiologues ont droit d'utiliser la tomosynthèse à la condition qu'ils aient suivi une formation de huit heures, dont quatre heures théoriques et quatre heures d'analyse de dossiers. FORCOMED a décidé de reprendre ce type de formation et d'utiliser de nouvelles techniques, comme le webinar (cours en ligne interactifs ou des questions peuvent être posées en ligne par écrit) pour des sujets plus spécifiques.

La synthèse du rapport sur la tomosynthèse de l'IRSN

a été publié dans le médecin radiologue de France #389 de mars 2016.

## Dématérialisation de la L2



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux confirme que **le développement de la tomosynthèse, s'il permettrait de couvrir le territoire, se ferait à un coût supérieur** à ce qu'il est aujourd'hui. Alors même que la tomosynthèse n'a pas de tarif, il convient de ne pas se précipiter sans nécessité.

Le dépistage organisé, tel qu'il est organisé, avec l'examen clinique et l'échographie fait que le modèle français n'est pas comparable aux autres organisations étrangères auxquelles font références les publications.

Concernant la dématérialisation, le cahier des charges publié par l'INCa retiendra quatre à cinq projets d'expérimentation et ne financera que l'évaluation de ces projets dans la limite de 100 000 € TTC par projet. Le Vice-Président appelle à la vigilance pour que les radiologues qui participeraient à une expérience ne payent pas tout ou partie des investissements. Là non plus, il n'y a pas d'urgence à aller dans la dématérialisation. Dans le cahier des charges, il faut être attentif à l'interopérabilité des solutions qui sont proposées. Enfin, il faut aussi être vigilant vis-à-vis de sociétés commerciales.

## EPIFRI

Jean-Philippe Masson invite les radiologues qui font de la radiologie interventionnelle à utiliser EPIFRI. Il rappelle le travail mené par le groupe de la FNMR, animé par Sophie AUFORT avec Laurent LARDENOIX, Sébastien NAUVELAS et Jean-Luc DEHAENE, sur la radiologie interventionnelle. Le groupe participe aux réflexions pilotées par la Direction générale à l'offre de soins (DGOS) pour déterminer les niveaux de la radiologie interventionnelle et, à terme, les autorisations de pratique de la radiologie interventionnelle par les radiologues.

EPIFRI est un observatoire, qui a été mis en place par la Fédération de Radiologie Interventionnelle. Son utilisation n'est pas très simple mais c'est la seule façon, pour un radiologue, de montrer qu'il fait de la radiologie interventionnelle, quel qu'en soit son niveau. Pour le radiologue, l'utilisation d'EPIFRI pourra garantir qu'il peut continuer à en faire à partir du moment où la DGOS aura fini ses travaux.

## LABELIX



Dr Jean-Charles Leclerc

Jean-Charles Leclerc, Secrétaire général annonce une formation pour les référents qualité Labelix, mise en place par FORCO FMC. Elle est un appui fort dans la démarche qualité tant pour le radiologue que pour ses collaborateurs, et s'adresse aussi bien aux sites qui veulent initier une labélisation qu'à ceux qui y sont déjà engagés.

**Référent qualité  
Formation FORCO FMC  
16 juin 2016 Paris**

Autre annonce, la réunion du Club utilisateurs Labelix se tiendra l'après midi du 29 juin prochain à Paris. Le club permettra de confronter les expériences et de tirer des leçons de la démarche qualité mise en place dans les autres spécialités. Le thème principal de la réunion sera l'Environnement managérial en radiologie et elle sera organisé en partenariat avec Marlène Renaud (CQS). Des grands témoins seront présents dont un représentant du Cofrac.

## L'assurance qualité

Le Journal Officiel a publié le 11 février dernier, un décret rendant obligatoire l'assurance qualité dans les démarches d'imagerie, de diagnostic, de dépistage et de thérapeutique. Ce texte émane du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie qui n'en avait pas informé la profession.

## L'accréditation des médecins

Enfin, le Conseil professionnel a été informé, en février dernier, que l'ODPC RIM <sup>10</sup> a déposé un dossier pour devenir organisme agréé pour l'accréditation des médecins intégrés dans une équipe de radiologues. La FNMR souhaite que, dans le cadre des discussions liées à cette accréditation, soit pris en compte le référentiel Labelix. C'est au Conseil professionnel d'accompagner le dossier du processus d'accréditation des médecins.

<sup>10</sup> Organisme de développement professionnel continu en radiologie imagerie médicale

Une structure spécifique devrait voir le jour qui sera agréée auprès de la Haute autorité de santé pour porter ce dossier. Les radiologues libéraux devront bien sûr être partie prenante de la mise en place de cette accréditation et faire partie du comité d'experts. L'accréditation existe déjà en gynécologie, en chirurgie orthopédique. Elle est utile et permet à des médecins, dans un travail d'équipe, de déclarer un certain nombre d'événements à risques. Théoriquement, il faut en déclarer trois par an à cet organisme qui va les analyser et faire des propositions d'amélioration pour les éviter. Les médecins, qui s'engagent dans ce processus, obtiennent une accréditation qui vaut DPC.

## Formation gestion de l'entreprise radiologique



Dr Eric Chavigny

FORCO FMC, sous l'égide d'Eric Chavigny, met en place un cycle de formation sur le management et la gestion de l'entreprise radiologique pour répondre à la complexité croissante de la gestion des structures d'imagerie du fait de l'environnement réglementaire, économique et du regroupement des cabinets. Les jeunes ne sont absolument pas formés pour faire face à ces questions. Une douzaine de formations, en région et à Paris, sont prévues. Les premières auront lieu au mois de juin à Biarritz, puis à Lyon et Paris.

## FORCOMED

Eric Guillemot, président de FORCOMED, rappelle que la formation pour la radioprotection patient-professionnel a un cycle de 10 ans. Les régions dont la validité arrive à échéance doivent contacter FORCOMED afin d'organiser des formations délocalisées. Certaines régions ont déjà pris contact.



Dr Eric Guillemot

FORCOMED peut "délocaliser" la formation en région afin de réduire le coût.

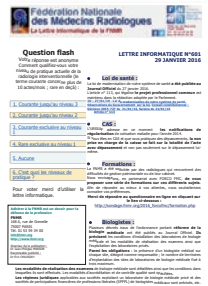
Le président clos le Conseil en conviant les adhérents à l'Assemblée générale du 11 juin. ■

# ADHÉRER À LA FNMR

## C'EST DÉFENDRE VOTRE EXERCICE LIBÉRAL et bénéficier d'avantages :



- La Lettre et la Revue du médecin radiologue
- La Lettre informatique hebdomadaire
- Les flashes info urgents électroniques
- Les Obligations réglementaires
- L'accès à la partie réservée du site Internet de la FNMR
- Les applications iPhone et iPad et bientôt Android
- Des informations et des renseignements juridiques, fiscaux et techniques
- Des tarifs préférentiels pour des consultations juridiques
- Des services ou prestations avec des tarifs préférentiels auprès de partenaires



C'est aussi deux structures de formation continue pour les médecins radiologues et leurs personnels :

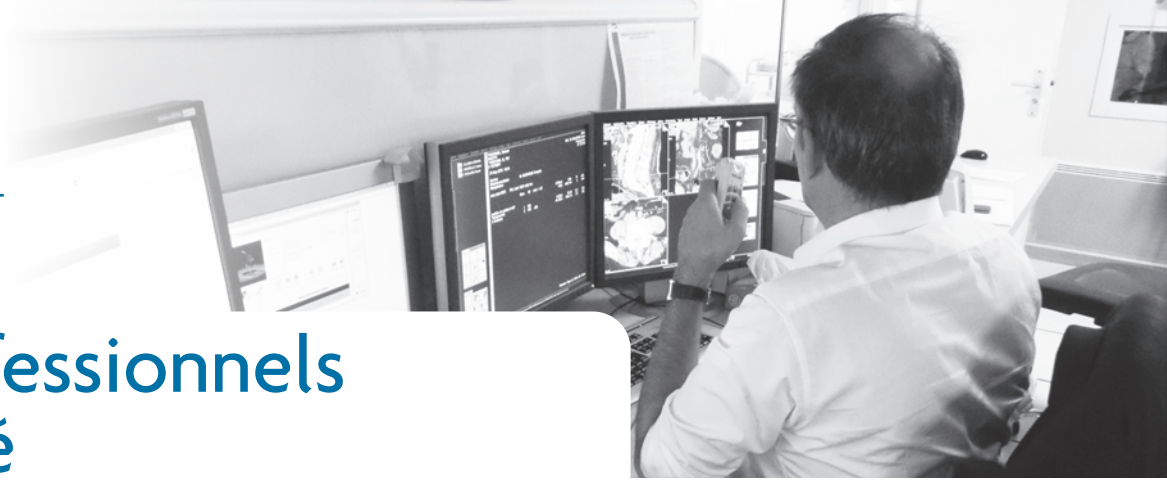
**FORCOMED** et **FORCO FMC**.

[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)



**FNMR**  
168 A. rue de Grenelle  
75007 PARIS  
Tél. : 01 53 59 34 00  
Fax : 01 45 51 83 15





## Les professionnels de santé



A l'occasion de la Grande conférence de la santé <sup>1</sup> du 11 février, organisée par le Premier Ministre pour tenter de répondre à l'opposition des médecins à la loi de santé, la DREES a publié une série d'études sur le profil des professionnels de santé <sup>2</sup>.

Ce panorama apporte de nombreuses informations sur les professionnels de santé dont les médecins. Nous en présentons ici quelques unes. Indiquons dès maintenant notre désaccord sur un point concernant la méthodologie retenue pour évaluer les charges et revenus des médecins radiologues.

### Démographie des médecins

En 2015, 222 000 <sup>3</sup> médecins sont en activité en France dont 217 000 en métropole (Voir tableau 1). 59% des médecins exercent une activité en libéral <sup>4</sup>. Ils ne sont que 51% pour les spécialistes. Pour les généralistes, le taux monte à 67%.

La population des médecins vieillit et se féminise. La part des médecins de plus de 60 ans a plus que triplé en 25 ans passant de 8% à 28%. La remontée du numérus clausus dans les années 2000 devrait, à terme, modifier la tendance. Dans l'immédiat, l'âge moyen s'établit à 52 ans. Alors que les femmes ne constituaient que 30% de l'effectif en 1990, elles sont aujourd'hui 43%. Elles sont majoritaires (53%) chez les médecins de moins de 55 ans.

#### Les généralistes

Les généralistes sont 102 000 soit 46% de l'effectif alors que dans les autres pays de l'OCDE <sup>5</sup>, ils ne représentent, en moyenne, que 30%. Leurs principales caractéristiques les rapprochent de l'ensemble des médecins avec un âge moyen de 52 ans et une féminisation à 44%.

#### Les spécialistes

Ils sont 120 000 soit 56% de l'ensemble des médecins. Leur âge moyen est de 51 ans et le taux de féminisation est de 43%.

Les variations autour de l'âge moyen sont fortes. Les gynécologues médicaux ont en moyenne 60 ans, alors que les hématologues n'ont que 43 ans. Le taux de féminisation est aussi très différencié. En endocrinologie et métabolisme, les femmes représentent 74% de la spécialité alors qu'elles ne sont que 5% en chirurgie orthopédique et traumatologique ou en chirurgie urologique.

La part des médecins exerçant en libéral varie de 1% pour la médecine du travail et de 4% pour la génétique médicale à 87% pour la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et pour l'ophtalmologie.

#### Les médecins radiologues

Les médecins radiologues sont 8 558 avec un âge moyen de 51,7 ans. La spécialité est féminisée à 34%. Le taux de libéraux est de 74%. L'effectif des radiologues représente 7% des médecins et 4% des spécialistes.

#### Les manipulateurs

L'étude recense 33 500 manipulateurs d'électroradiologie médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

### Les professionnels de santé en établissements

En 2014, 187 000 personnels médicaux exercent dans les établissements de santé : 115 000 salariés, 41 000 libéraux <sup>6</sup> et 31 000 internes et assimilés.

Deux-tiers des emplois médicaux sont localisés dans des hôpitaux publics, 21% dans des cliniques privées et 11% dans des établissements à but non lucratif.

La quasi-totalité des professionnels libéraux exercent dans des établissements privés, 85% dans des établissements à but lucratif, 11% dans des établissements à but non lucratifs. 4% (1 800) travaillent dans des établissements publics.

<sup>1</sup> Rappelons que les syndicats de médecins libéraux ont refusé de participer à cette Conférence. Pour manifester leur opposition à la loi de santé, ils ont organisé, le même jour, les assises de la médecine libérale.

<sup>2</sup> Portrait des professionnels de santé – Février 2016 – DREES - <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

<sup>3</sup> Les chiffres sont extraits du RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) alimenté par les données du Conseil de l'Ordre.

<sup>4</sup> Libéral exclusif ou mixte.

<sup>5</sup> Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

<sup>6</sup> L'étude recense les emplois et non les effectifs.

Tableau 1 : Effectifs et caractéristiques des médecins par spécialité au 1<sup>er</sup> janvier 2015

SPÉCIALITÉS	Effectifs	Âge moyen	Part des femmes	Part des libéraux ou mixtes
<b>Disciplines médicales</b>				
<b>Médecine générale</b>	<b>102 485</b>	<b>51,6</b>	<b>44 %</b>	<b>67 %</b>
Anatomie et cytologie pathologiques	1 578	51,6	62 %	47 %
Anesthésie-réanimation	11 149	50,6	36 %	40 %
Biologie médicale	2 934	48,5	51 %	40 %
Cardiologie et maladies vasculaires	6 887	51,3	24 %	71 %
Dermatologie et vénéréologie	4 065	53,3	69 %	84 %
Endocrinologie et métabolisme	1 829	48,7	74 %	46 %
Gastro-entérologie et hépatologie	3 630	50,6	31 %	60 %
Génétique médicale	239	49,4	70 %	4 %
Gériatrie	1 647	49,5	58 %	6 %
Gynécologie médicale	3 311	60,0	72 %	85 %
Hématologie	552	43,2	56 %	8 %
Médecine du travail	5 605	55,0	70 %	1 %
Médecine interne	2 419	51,5	38 %	17 %
Médecine nucléaire	693	46,4	39 %	55 %
Médecine physique et réadaptation	2 043	52,5	48 %	24 %
Néphrologie	1 613	48,1	42 %	30 %
Neurologie	2 389	47,3	48 %	36 %
Oncologie option médicale	896	47,0	49 %	23 %
Pédiatrie	7 861	49,9	67 %	40 %
Pneumologie	2 952	51,0	39 %	43 %
Psychiatrie	15 048	52,8	49 %	44 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8 558	51,7	34 %	74 %
Radiothérapie	849	49,0	41 %	52 %
Réanimation médicale	330	45,1	23 %	9 %
Recherche médicale	13	54,2	38 %	0 %
Rhumatologie	2 598	53,0	44 %	70 %
Santé publique et médecine sociale	1 698	50,1	60 %	2 %
<b>Disciplines chirurgicales</b>				
<b>Chirurgie générale</b>	<b>3 611</b>	<b>48,9</b>	<b>17 %</b>	<b>43 %</b>
Chirurgie infantile	300	48,0	42 %	38 %
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1 170	55,9	19 %	86 %
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3 157	49,6	5 %	74 %
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	869	49,5	23 %	87 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	436	47,2	10 %	54 %
Chirurgie urologique	1 171	48,0	5 %	76 %
Chirurgie vasculaire	523	51,6	11 %	72 %
Chirurgie viscérale et digestive	977	48,8	14 %	55 %
Gynécologie-obstétrique	4 577	47,5	46 %	60 %
Neurochirurgie	527	47,8	13 %	38 %
Ophtalmologie	5 907	53,8	44 %	87 %
ORL et chirurgie cervico-faciale	3 054	53,2	23 %	76 %
<b>Spécialistes hors médecine générale</b>	<b>119 665</b>	<b>51,3</b>	<b>43 %</b>	<b>51 %</b>
<b>Ensemble des spécialités d'exercice</b>	<b>222 150</b>	<b>51,5</b>	<b>43 %</b>	<b>59 %</b>

Sources : DREES, RPPS 2015.

Champ : Ensemble des médecins actifs au 1<sup>er</sup> janvier, France entière.

Les praticiens <sup>7</sup>, salariés ou libéraux, se répartissent entre la médecine générale et les spécialités médicales à 60%. Les autres exercent en chirurgie (17%), psychiatrie (7%), pharmacie (5%) et la biologie médicale (3%).

## L'emploi temporaire à hôpital

Le travail temporaire se développe rapidement dans les hôpitaux publics. Trois modes de recrutement sont possibles : le "gré à gré", les sociétés de recrutement et les agences d'intérim. Seules les dépenses liées aux intérimaires sont identifiées dans les comptes des hôpitaux. Elles ont augmenté de 10% par an entre 2011 et 2014 alors que l'ensemble des dépenses de personnel médical augmente de 4% par an. La DREES souligne que *"certaines disciplines semblent particulièrement sous tension, comme la radiologie ou l'anesthésie-réanimation. Ces dernières affichent par exemple un taux de vacance statutaire élevé fin 2013, de l'ordre de 40% pour la radiologie et de 31% pour l'anesthésie-réanimation contre 27% en moyenne tous postes confondus"*.

## L'exercice ambulatoire

L'exercice libéral reste prédominant en ville mais en léger recul sur les 15 dernières années. En 2000, 70% des généralistes étaient des libéraux, ils sont aujourd'hui 68%. Les spécialistes étaient 51%, ils sont 48%. En revanche, ce mode d'exercice recule plus fortement chez les médecins de moins de 50 ans et passe de 69% à 63% pour les généralistes et de 49% à 36% pour les spécialistes.

L'exercice en groupe se développe depuis les années 2000 pour les professionnels libéraux ; médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes. Les généralistes sont 51% à exercer en groupe, les spécialistes 58%. L'exercice en groupe est d'autant plus prisé que les médecins sont jeunes. 70% des spécialistes de moins de 35 ans sont en groupe et 68% des généralistes.

L'exercice pluri-professionnel se développe aussi sous la forme de maisons, centres ou pôles de santé <sup>8</sup>. Il reste néanmoins très minoritaire même si 700 maisons sont ouvertes, en mars 2015, et que 400 autres ont été sélectionnées par les Agences régionales de santé.

## Les diplômes étrangers

Le RPPS recense 21 800 médecins actifs, inscrits à l'Ordre, qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Ils constituent 10% de l'ensemble des médecins, un taux inférieur à la moyenne de l'OCDE. La part des

médecins à diplôme étranger s'est fortement accrue depuis les années 2007-2008. Ils représentent environ un quart des nouveaux inscrits à l'Ordre. Un tiers d'entre eux a la nationalité française. Les diplômes étrangers de médecin sont obtenus pour 29% en Europe de l'Est, 28% en Europe de l'Ouest et 25% au Maghreb.

Les médecins diplômés à l'étranger sont plus représentés chez les spécialistes (14%) que chez les omnipraticiens (5%). Ils exercent en libéral à 42% seulement. Dans ce cas, ils exercent en Ile-de-France pour 27% et moins fréquemment dans des régions habituellement considérées comme attractives du sud de la France (20% contre 26% pour l'ensemble des médecins).

## Les revenus des médecins libéraux

En 2011, le revenu annuel libéral de l'ensemble des médecins est de 96 900 euros, celui des omnipraticiens de 76 700 euros et celui des spécialistes de 118 200 euros. Parmi les spécialistes, l'échelle des revenus s'étale de 69 700 euros pour les psychiatres et neuropsychiatres à 183 000 euros pour les anesthésistes. La DREES classe les radiologues en seconde position avec 172 800 euros. La troisième spécialité est l'ophtalmologie avec 152 300 euros.

Les revenus d'activité sont plus élevés puisqu'ils comprennent aussi des revenus salariés avec une moyenne, pour l'ensemble des médecins de 106 140 euros, 82 020 pour les omnipraticiens et 133 460 pour les spécialistes. Dans ce classement, ce sont les radiologues qui arrivent en premier, puis les anesthésistes (respectivement 189 770 et 170 660 euros) suivis des chirurgiens avec 176 840 euros.

Pour la DREES : *" Cette moyenne cache des disparités importantes en fonction de la spécialité exercée. Les anesthésistes et les radiologues, avec plus de 189 000 euros déclarés en moyenne en 2011, ont des revenus deux fois plus élevés que les dermatologues, pédiatres ou les psychiatres "*. (Voir tableau 2)

Comme indiqué en introduction de cet article, la présentation des revenus des médecins radiologues pose problème, principalement en raison de la méthodologie employée pour déterminer les charges de la spécialité <sup>9</sup>. Il n'est pas tenu compte des deux plans pluriannuels pour l'imagerie qui ont fortement impacté les revenus des radiologues comme le montrent les données de la CARMF <sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Hors internes.

<sup>8</sup> Les professionnels sont regroupés géographiquement dans les maisons alors qu'ils sont dispersés dans les pôles

<sup>9</sup> La note méthodologique n'est pas assez détaillée pour savoir si d'autres biais sont intervenus comme l'intégration des revenus de plusieurs spécialités (radiothérapie, médecine nucléaire), les modalités de prise en compte des revenus libéraux des praticiens hospitaliers.

<sup>10</sup> En 2010 : 128 060 € - En 2011 : 121 612 € - En 2012 : 116 655 € - En 2013 : 116 959 € - En 2014 : 118 792 € (en 7<sup>ème</sup> position)



AG2R LA MONDIALE

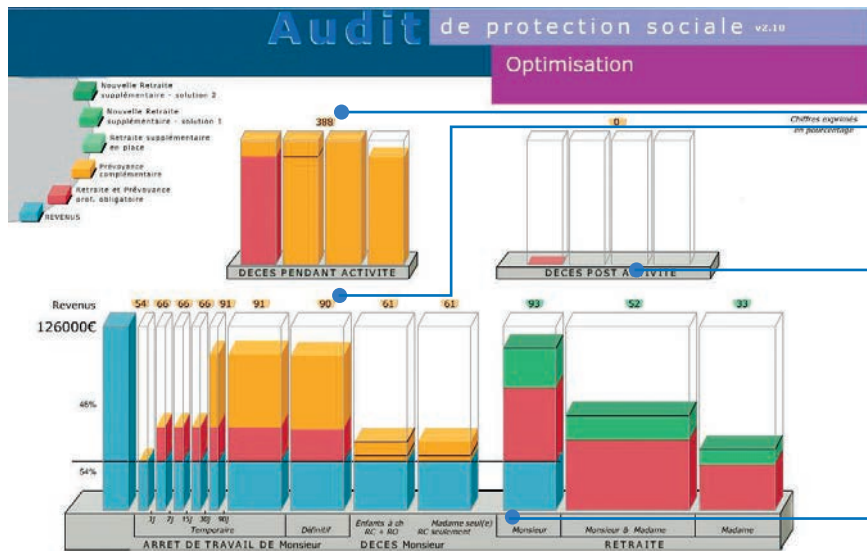
En partenariat avec :



# RÉALISEZ VOTRE BILAN DE PROTECTION SOCIALE

OFFERT, CONFIDENTIEL ET SANS ENGAGEMENT POUR LES RADIOLOGUES

1 heure pour tout connaître sur votre situation



## PENDANT VOTRE ACTIVITÉ

### En cas de décès :

- Le niveau de vie de votre famille est-il assuré ?

### En cas d'arrêt de travail :

- Êtes-vous couvert ?
- Au bout de combien de temps ?
- Pour quel niveau de prestation ?

## APRÈS VOTRE ACTIVITÉ

### En cas de décès :

- Quel capital laisserez-vous à vos proches ?

### À la retraite :

- À quel âge pourrez-vous cesser votre activité ?
- Quel sera le montant de votre retraite ?
- Est-ce suffisant pour maintenir votre niveau de vie ?

Pour bénéficier de votre bilan réalisé avec un expert de la protection sociale, contactez le :

**0970 808 808** (numéro non surtaxé)

**Tableau 2 : Le revenu d'activité des médecins libéraux en 2011**

	Effectifs	Part des secteurs 2 (en %)	% activité mixte (*)	Revenu d'activité (en euros)			dont revenu libéral (en %)		
				Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2
<b>Omnipraticiens</b>	<b>57 493</b>	<b>10,6</b>	<b>27,2</b>	<b>82 020</b>	<b>83 120</b>	<b>72 520</b>	<b>95,3</b>	<b>95,5</b>	<b>93,6</b>
Radiologues	5 658	13,4	32,9	189 770	186 250	212 980	91,0	90,8	92,1
Anesthésistes	3 173	35,7	15,8	189 660	170 660	224 500	96,5	95,7	97,6
Chirurgiens	5 972	79,2	45,7	176 840	152 310	183 370	85,3	68,0	89,1
Ophtalmologues	4 438	55,6	36,6	159 810	126 210	187 250	95,3	96,1	94,9
Cardiologues	4 200	19,2	54,0	143 550	143 800	142 500	86,7	86,6	87,3
Stomatologues	952	43,5	36,9	141 570	129 320	157 890	92,6	93,1	92,1
Gastro-entérologues	2 018	38,9	54,9	125 770	121 270	132 960	86,8	85,0	89,3
Oto-rhino-laryngologistes	2 122	57,5	61,0	118 700	111 720	123 810	84,5	84,0	84,9
Autres médecins	4 134	31,0	54,4	113 310	119 320	101 630	83,3	85,3	78,9
Pneumologues	1 100	18,1	61,1	109 990	111 760	101 670	84,0	84,5	81,7
Gynécologues	5 160	56,0	43,3	104 630	85 830	119 790	84,5	80,6	86,7
Rhumatologues	1 752	45,6	50,7	94 830	91 320	99 100	89,3	92,4	85,9
Dermatologues	3 094	41,9	35,0	86 230	80 910	93 800	94,3	96,1	92,0
Pédiatres	2 499	33,7	52,7	86 160	81 020	96 270	86,5	85,8	87,8
Psychiatres et neuropsychiatres	5 880	29,6	48,3	84 470	83 300	87 350	82,5	82,6	82,2
<b>Total spécialistes</b>	<b>52 152</b>	<b>41,0</b>	<b>44,1</b>	<b>133 460</b>	<b>125 060</b>	<b>145 610</b>	<b>88,6</b>	<b>87,8</b>	<b>89,5</b>
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>109 645</b>	<b>25,1</b>	<b>35,1</b>	<b>106 140</b>	<b>98 560</b>	<b>129 260</b>	<b>91,3</b>	<b>91,9</b>	<b>90,0</b>

(\*) Parallèlement à leur activité libérale, certains médecins exercent une activité salariée complémentaire, ce mode d'exercice est qualifié d'exercice « mixte ».

**Champ :** France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral.

**Sources :** CNAMTS (effectifs et part des secteur 2), INSEE-DGFIP-CNAMTS - exploitation DREES (revenus et activité mixte).

Dans sa note méthodologique, la DREES indique que les revenus des médecins exerçant en société d'exercice libéral (SEL) font l'objet d'un recalcul pour obtenir le revenu libéral homogène pour tous les médecins quel que soit le cadre juridique dans lequel ils exercent. Dans sa publication "Source et Méthode" de 2010, la DREES avertit <sup>11</sup> les lecteurs que les anesthésistes et les radiologues exercent majoritairement en groupe (en SEL) et que " du fait de ces limites, les taux de charges calculés pour les radiologues et les anesthésistes doivent être interprétés avec plus de précautions que les autres ". Bien évidemment, le niveau du taux de charges a un impact direct sur le revenu des médecins.

Lors de la publication du Catalogue commun des actes médicaux (CCAM) en 2005, il avait été prévu que le taux de charges en imagerie médicale serait réexaminé dans la mesure où il avait été déterminé avec la même méthode que pour les autres spécialités. Cette méthode ne tenait pas compte des charges spécifiques particulièrement lourdes en imagerie. En 2007, l'avenant n° 23 à la convention médicale prévoyait une étude commune entre la Caisse nationale d'assurance

maladie et la FNMR sur les charges de l'imagerie. La Caisse n'a jamais donné suite.

### Le conventionnement

Un quart des médecins exercent en secteur 2. Ils sont 11% parmi les généralistes et 41% chez les spécialistes. L'écart au sein des spécialités est considérable. Les radiologues ne sont que 13% en secteur 2 contre 79% pour les chirurgiens. Le secteur 2 est majoritaire pour trois autres spécialités : ophtalmologues (55,6%), oto-rhino-laryngologistes (57,5%) et gynécologues (56%).

Le revenu d'activité varie aussi en fonction du secteur de conventionnement. Les médecins de secteur 2 perçoivent 31% de revenus en plus.

Mais le secteur 2 n'est pas toujours synonyme de revenus supérieurs. Ainsi, les généralistes en secteur 2 ont des revenus inférieurs de 13% aux généralistes de secteur 1.

Les spécialistes de secteur 2 gagnent 16% de plus que ceux de secteur 1. En revanche, les pneumologues en secteur 2 gagnent 9% de moins que ceux de secteur 1.

<sup>11</sup> " Les revenus des professionnels libéraux " - Vanessa Bellamy - Hélène Frechou - n°16 - juillet 2010 - Série Sources et Méthodes - DREES, pages 10 et 11.



Les spécialités qui ne sont pas recensées dans le tableau des revenus gagnent 14% de moins en secteur 2. Les cardiologues ont à peu près les mêmes revenus quel que soit leur secteur. Les radiologues de secteur 2 gagnent 14% de plus que leurs confrères de secteur 1. Les ophtalmologues gagnent 48% de plus en secteur 2, les gynécologues 40%, les anesthésistes 31%.

### Le taux de dépassement

Le taux de dépassement moyen <sup>12</sup>, pour les médecins de secteur 2 est de 53% pour 2014, en diminution depuis 2011. Pour les généralistes il est de 41%, et de 54% pour les spécialistes. Pour ces derniers, il s'échelonne de 23% pour les cardiologues à 91% pour les stomatologues. Pour les radiologues, il est de 58%, en diminution de 3,1 points depuis 2011 alors qu'il n'a baissé que de 1,9 points pour les spécialistes et de 1,6 points pour l'ensemble des médecins. (Voir tableau 3)

### L'évolution du revenu

Depuis 2005, le revenu libéral des médecins, en euros constants, a faiblement progressé de 0,6% par an en moyenne. Pour les généralistes, la progression a été de 0,3% et de 0,8% pour les spécialistes.

Au sein des spécialités, les psychiatres et neuropsychiatres ont vu leurs revenus diminuer de 0,5%. Ceux des pneumologues ont augmenté de 2%, ceux des anesthésistes et des gastro-entérologues de 1,6% et ceux des ophtalmologues de 1,7%. Plusieurs spécialités ont vu leur revenu stagner : les chirurgiens, les gynécologues, les radiologues et les stomatologues. Les données provisoires pour 2011-2012 indiquent que les revenus des radiologues ont baissé (-2,5%) plus fortement que la moyenne des spécialistes (-2,1%) et auraient remonté en 2012-2013 <sup>13</sup>. Les mesures de l'avenant 8 à la convention médicale, signé fin 2012, doivent aussi être prises en compte pour évaluer l'évolution des revenus des radiologues depuis 2012. (Voir tableau 4)

### Les jeunes médecins libéraux

La DREES dessine aussi le profil des jeunes médecins libéraux, c'est à dire installés depuis moins de 5 ans. L'âge moyen est de 41 ans contre 54 ans pour l'ensemble des médecins libéraux. Les femmes sont majoritaires parmi les généralistes.

Les jeunes médecins exercent plus fréquemment une activité salariée en même temps que leur activité libérale. Comparés à leurs aînés, ils sont plus souvent chirurgiens ou anesthésistes et moins souvent

généralistes. Ils sont à 59% en secteur 2 contre 41% pour l'ensemble des médecins.

Leurs revenus sont supérieurs avec 108 500 euros contre 106 000 euros en moyenne pour tous les médecins <sup>14</sup>. Depuis 2005, les revenus des jeunes médecins ont progressé de 2% pour les généralistes et de 11% pour les spécialistes en euros constants, en raison de l'augmentation de la part salariale et de la hausse du tarif moyen des actes médicaux. Ces évolutions cachent de fortes disparités : les femmes réalisant 25% d'actes en moins, ont des revenus inférieurs. La localisation géographique joue aussi.

### Les salaires dans le secteur hospitalier

Nous ne présentons ici que les salaires des médecins <sup>15</sup>. La comparaison des salaires des médecins selon la nature de l'établissement est difficile dans la mesure où les établissements à but lucratif fonctionnent principalement avec des médecins libéraux alors que les deux autres catégories emploient des médecins salariés.

Un premier tableau indique l'évolution du salaire en fonction de l'avancement dans la carrière. La progression est sensible avec un quasi triplement du revenu. Néanmoins, les montants affichés sous-estiment les salaires des médecins qui sont confondus avec ceux, inférieurs, des psychologues. (Voir tableau 5)

Le tableau des salaires des seuls médecins montre que leur revenu est bien supérieur. Pour l'ensemble des médecins, il est de 66 000 euros net et progresse selon le grade jusqu'à 103 600 euros net. En moyenne, la part du salaire liée à l'activité de soins représente 94% du montant total.

Près de la moitié des médecins hospitaliers, il s'agit des praticiens hospitaliers, perçoivent un salaire net de 73 700 euros. Le second groupe, celui des attachés, représente un quart des effectifs et perçoit un salaire moyen net de 45 700 euros.

L'enquête de la DREES ne présente pas de données pour les revenus des médecins hospitaliers issus de leur activité libérale <sup>16</sup>. (Voir tableau 6)

D'autres fiches abordent différents sujets : comparaison internationale des revenus, évolution du numérus clausus, la première année commune de formation aux études de santé (PACES), les épreuves classantes nationales, la formation continue, les projections démographique, etc. ■

<sup>12</sup> Total annuel des dépassements sur total annuel des honoraires hors dépassements pour les médecins de secteur 2.

<sup>13</sup> Nous rappelons l'avertissement sur la méthodologie concernant l'évaluation des charges et des revenus des radiologues.

<sup>14</sup> Pour l'année 2011.

<sup>15</sup> Le rapport de la DREES étudie les salaires de l'ensemble des personnels des établissements.

<sup>16</sup> Sur cette question, voir le "Rapport pour l'année 2014" de la Commission centrale de l'activité libérale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – 2016 pour la CME du 9 février 2016.

**Tableau 3 : Taux de dépassement moyen des médecins de secteur 2, en %**

	2011	2012	2013	2014
<b>Omnipraticiens (*)</b>	<b>43,0</b>	<b>43,6</b>	<b>42,3</b>	<b>40,8</b>
Anesthésistes	50,4	50,6	50,7	50,5
Cardiologues	22,7	22,9	23,1	22,7
Chirurgiens	59,2	59,9	59,8	60,4
Dermatologues	68,5	67,2	64,6	64,1
Gastro-entérologues	32,3	32,5	33,4	33,0
Gynécologues	79,0	78,5	76,8	73,9
Ophthalmologues	35,1	35,4	36,4	35,8
Oto-rhino-laryngologistes	49,7	49,8	49,6	49,1
Pédiatres	65,9	67,3	66,7	62,1
Pneumologues	28,1	28,7	28,9	27,7
Psychiatres	52,5	52,5	52,5	50,6
Radiologues	60,9	60,4	59,0	57,8
Rhumatologues	82,5	77,5	75,3	72,0
Stomatologues	97,2	95,3	93,0	90,7
Autres spécialistes	46,9	45,9	44,0	39,7
<b>Ensemble des spécialistes</b>	<b>56,1</b>	<b>55,9</b>	<b>55,3</b>	<b>54,2</b>
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>54,3</b>	<b>54,3</b>	<b>53,7</b>	<b>52,7</b>

Note : Le taux moyen de dépassements est calculé comme le ratio entre le montant total annuel des dépassements et le montant total annuel des honoraires hors dépassements.

(\*) L'accès des omnipraticiens au secteur 2 est très restreint depuis 1990 (encadré 2), si bien que leurs taux de dépassements sont calculés sur des effectifs limités.

Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires.

Sources : CNAMTS.

**Tableau 4 : Le revenu libéral des médecins entre 2005 et 2013 : niveau (en euros courants) et son évolution en euros constants**

SPÉCIALITÉS	2005	2008	2011	2012 (prov.)	2013 (prov.)	Moyenne	Moyenne	2011-	2012-	Moyenne
						annuelle 2005- 2008 (*)	annuelle 2008- 2011 (*)	2012 (prov.) (*)	2013 (prov.) (*)	annuelle 2005-2013 (prov.)
<b>Omnipraticiens</b>	<b>68 100</b>	<b>74 000</b>	<b>78 200</b>	<b>76 700</b>	<b>78 700</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>-3,8</b>	<b>1,8</b>	<b>0,3</b>
Anesthésistes	139 600	166 200	183 000	181 300	179 100	3,9	2,0	-2,8	-2,1	1,6
Cardiologues	104 000	112 500	124 500	123 300	123 200	0,6	2,2	-2,8	-0,9	0,6
Chirurgiens	126 200	137 800	150 800	148 500	143 100	0,9	1,8	-3,4	-4,5	0,0
Dermatologues	67 500	73 500	81 300	81 300	80 000	0,9	2,2	-1,9	-2,4	0,6
Radiologues	154 100	161 200	172 800	171 700	174 500	-0,5	1,1	-2,5	0,7	0,0
Gynécologues	79 900	84 900	88 400	87 500	90 300	0,1	0,1	-2,9	2,3	0,0
Gastro-entérologues	86 000	101 700	109 100	110 600	110 400	3,7	1,1	-0,6	-1,0	1,6
Oto-rhino-laryngologistes	80 600	91 300	100 400	99 300	97 400	2,1	2,0	-3,0	-2,7	0,8
Pédiatres	67 900	71 100	74 600	73 500	72 100	-0,4	0,3	-3,3	-2,7	-0,8
Pneumologues	71 700	81 100	92 400	94 800	95 300	2,2	3,2	0,6	-0,3	2,0
Rhumatologues	69 700	80 300	84 700	82 700	82 300	2,7	0,6	-4,2	-1,3	0,5
Ophthalmologues	118 600	134 300	152 300	153 000	153 000	2,2	3,0	-1,5	-0,8	1,7
Psychiatres et neuropsychiatres	65 600	67 400	69 700	71 100	71 200	-1,1	0,0	0,0	-0,7	-0,5
Stomatologues	112 500	120 800	131 100	128 800	127 200	0,4	1,5	-3,6	-2,1	0,0
Autres médecins	75 300	84 200	92 800	93 300	95 500	1,8	2,0	-1,3	1,5	1,4
<b>Spécialistes hors médecine générale</b>	<b>97 900</b>	<b>108 000</b>	<b>118 200</b>	<b>117 900</b>	<b>117 900</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	<b>-2,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>0,8</b>
<b>Ensemble des spécialités d'exercice</b>	<b>81 800</b>	<b>89 500</b>	<b>96 900</b>	<b>96 000</b>	<b>97 200</b>	<b>1,0</b>	<b>1,4</b>	<b>-2,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>

(\*) Ces évolutions sont calculées en euros constants.

Champ : France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral. Ce champ n'était pas exactement le même dans les premières publications portant les données 2005 et 2008, ce qui explique des différences avec les chiffres qui en sont issus.

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS - exploitation DREES pour 2005, 2008 et 2011 et CARMF pour 2012 et 2013.

**Tableau 5 : Structure des emplois et salaires nets annuels moyens par tranche d'âges et catégorie socioprofessionnelle, en 2012**

Tranche d'âges	Médecins, pharmaciens, psychologues/cadres (*)	
	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)
Moins de 30 ans	4,2 (**)	25 300
30 à 39 ans	27,2	42 800
40 à 49 ans	26,3	57 000
50 à 59 ans	29,0	65 200
60 ans ou plus	13,3	69 500

Sources : INSEE, DADS 2012- SIASP 2012, traitement DREES.

Champ : salariés, France entière (hors Mayotte), hors service de santé des armées (SSA).

(\*) Hors internes et externes.

(\*\*) Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.

**Tableau 6 : Revenu salarial net annuel moyen des médecins du secteur public en 2012**

	Répartition des postes (en %)	Âge moyen	Revenu salarial net annuel moyen		
			Part liée à l'activité de soins à l'hôpital <sup>(1)</sup> (en %)	Part liée à l'activité d'enseignement et de recherche <sup>(2)</sup> (en %)	Niveau en milliers d'euros
Personnel hospitalo-universitaire titulaire, dont :	5,7	53	53,4	46,6	92,2
PU-PH des disciplines médicales	3,7	55	53	47	103,6
MCU-PH des disciplines médicales	1,9	50	54,3	45,7	69,8
Personnel hospitalo-universitaire non titulaire	4,8	32	70,5	29,5	44,7
Praticien hospitalier	46,4	50	99,9	0,1	73,7
Assistant	5,1	34	99,7	0,3	39,4
Attaché	23,5	47	99	1	45,7
Autres médecins salariés	14,5	44	93,8	6,2	66,2
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>93,3</b>	<b>6,7</b>	<b>66,7</b>

Sources : INSEE, DADS 2012- SIASP 2012, traitement DREES.

Champ : salariés ayant exercé dans un établissement public dont l'activité économique principale est hospitalière (APET 8610Z ou catégorie juridique 7364), France entière. Hors internes et externes.

PU-PH : professeurs des universités-praticiens hospitaliers. MCU-PH : maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers.

Note : le revenu salarial est constitué de l'ensemble des salaires nets perçus par les médecins hospitaliers au titre de leurs activités dans l'ensemble de la fonction publique.

<sup>(1)</sup> Rémunérations versées par tous les employeurs de la fonction publique hospitalière.

<sup>(2)</sup> Rémunérations versées par tous les employeurs de la fonction publique d'état et territoriale.



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**10566 75** **Vente cabinet** – Paris XVI<sup>ème</sup>  
Vente centre de radiologie  
> Contact : 06.87.88.68.34

**10641 06** **Cession de parts** – Nice, St-Martin du Var, Monaco – Cause mutation cède 3/4 parts ds grpe 9 radiol. (possibilité acquérir 1 part entière et parts ds SCI et GIE TDM+IRM) – 4 cab. indépendants – 6 à 7 vac/sem pr 3/4 tps – 11 vac. Imag. en coupe – Plateau tech. complet récent, imag. gle et de la femme, 3 mammogr. plein chps LORAD ac tomosynth. Table dédiée et ts systèmes de macrobiopsie, interv. séno + ostéoarti – pas garde ni astreinte – radiol. polyvalent possibilité pratiquer ou dvlp activité spécialisée, poste dispo rapidement.  
> Contact : 06.28.23.44.49  
imagerieniceurope@gmail.com  
nice-radiologie.fr

**10648 30** **Cherche successeur** – Bagnols/Cèze (Gard) 30 mn d'Avignon, 45 mn de Nîmes, 1h de Montpellier – Cause retraite – SELARL 6 assoc. rech. success. - Tps plein 3 j/sem – 2 sites + scan, IRM, activités polyvalentes, mammo. tomosynth.  
> Contact : Dr TARRIT  
au 06.98.15.92.76  
dominiquetarrit@hotmail.fr

**10663 34** **Cherche successeur** – Agde – Cause retraite janvier 2017 – SEL 7 assoc. rech. success. – Rx conv., séno, ostéo, écho, scan, IRM et PACS.  
> Contact : m.charret@wanadoo.fr

**10668 86** **Cherche remplaçant** – Châtelleraut – Cab privé rech. remplaçant(e) journée ou semaine régulier – Rx générale, écho-scan.  
> Contact : Mme RIMBERT  
au 05.49.93.51.38  
apr.verdun@wanadoo.fr

**10685 77** **Cherche remplaçant** – Fontainebleau Nemours – Grpe radiol. rech. remplaçant en vue d'association – Plateau tech. complet dont scan, IRM, cone beam, mammotome.  
> Contact :  
administration@ims77.com  
www.ims77.com

**10686 75** **Cherche remplaçant** – Paris 19<sup>ème</sup> – Grpe de radiol. rech. remplaçant pr vacances régulières ou ponctuelles – Plateau tech. complet sur place : rx capteur plan, 3 échogr., mammo capteur plan tomosynth., PACS, TDM, IRM.  
> Contact : Dr ABDERRAHIM  
au 06.83.72.28.59  
scannermanincrimée@gmail.com

**10688 33** **Cherche associé** – Sud Gironde, proche Bordeaux (30 min) – Cab. multi sites rech. 10<sup>ème</sup> associé(e) – Exercice en SELARL - Radiologie générale, écho, mammo numérisée, (capteurs plans), cône beam, vacations quotidiennes TDM et IRM.  
> Contact : 06.87.40.28.62  
calmetbrigitte@valgaronne.fr

**10690 33** **Cession de parts** – Saint Médard en Jalles – Cause retraite – Cède parts SCM, grpe 2 radiol. – 2 salles rx (pano, poumons, télé, rachis en totalité), 1 salle télécommandée. 2 échogr., mammo, ostéodensito. Consoles interprétation.  
> Contact : Dr COLNET  
au 06.78.33.17.70  
herve.colnet@wanadoo.fr

**10691 06** **Cherche successeur** – Nice centre – Cause retraite – Grpe de 4 cab. – 28h IRM et 16h scan/sem – Pas de garde ni d'astreinte – Matériel renouvelé régulièrement.  
> Contact : 06.07.70.07.93  
joel.thevenot@wanadoo.fr  
www.nice-radiologie.fr

## DIVERS

**10687 10** **Vente de matériel** – Vends système numérisation : FCR PROTECT CS Fuji 7 ans utilisation + Axon pro, kit 30x120 et cassettes 08/2012 (matériel entretenu par contrat) - 10 000 €.  
> Contact : Dr MAILLARD  
au 06.80.72.83.27  
louis.maillard@sfr.fr

**10689 36** **Vente de matériel** – Vends pour l'étranger : mammogr. analogique PERFORMA Général Electric peu servi – 15 000 €.  
> Contact : Dr SOUNNI  
au 06.98.83.40.74

> Vous pouvez consulter les annonces sur le site internet de la FNMR : <http://www.fnmr.org/>

> Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.

## 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 2<sup>ème</sup> trimestre 2016  
ISSN 1631-1914