

Le Médecin Radiologue de France

Mars # 400
2017

Le journal de la FNMR

www.fnmr.org

Election présidentielle 2017



- CA FNMR
- Place de la radiologie dans le maillage territorial
- Election Président FNMR



BRACCO. Votre spécialiste en imagerie de contraste.



PX 0416 - 02/16 • conception bretcom.com

CT Exprès™ 3D

INJECTEUR AUTOMATIQUE UNIQUE POUR SCANNER



SIMPLICITÉ



SÉCURITÉ



RAPIDITÉ

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

UN INJECTEUR INNOVANT

- ▶ 3 voies : - 2 voies pour le produit de contraste*,
- 1 voie pour le sérum physiologique
- ▶ Injection à partir de tous types de flacons de produits de contraste, de 50 à 200 mL (verre, plastique)
- ▶ Asepsie maîtrisée sans transfert de produit

UNE CONCEPTION UNIQUE

- ▶ Système clos stérile
- ▶ Pression positive
- ▶ Unidirectionnel

UN SYSTÈME SÉCURISÉ

- ▶ Sécurité Air - détecteurs sur ligne patient
- ▶ Sécurité Pression - détecteur sur ligne patient
- ▶ Sécurité Contamination - pas de rétrocontamination, pas de contamination croisée ou environnementale**

* 1 patient = 1 flacon

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

Destination du DM: Administration à contrôle automatique, par voie veineuse, de produit de contraste iodé sur des sujets humains pendant des examens effectués au moyen d'un tomodensitomètre, angio CT comprise ; Classe: II b pour l'injecteur / II a pour les consommables ; Organisme notifié : BSI ; Fabricant: Bracco Injengineering - Avenue de Sévelin 46 - 1004 Lausanne - CH.

L'utilisation est réservée aux personnes formées - Lire attentivement la notice.



LIFE FROM INSIDE

**BRACCO
INJENGINEERING**



Une course d'obstacles

L'énorme mobilisation des radiologues libéraux lors de la grève du 23 mars a prouvé de manière éclatante l'unité de la radiologie libérale et leur volonté de combattre les mesures arbitraires imposées par la CNAM bafouant les principes conventionnels.

Nous avons été soutenus par de nombreuses spécialités, dont nos amis oncologues-radiothérapeutes, les pédiatres, les chirurgiens urologues, des syndicats polycatégoriels, des spécialités cliniques.

Nos messages ont été entendus de tous, nos patients bien sûr, mais aussi des tutelles, grâce à la très importante couverture médiatique tant par les médias nationaux que régionaux. Ils ont, tous, montré notre inquiétude pour l'avenir de notre spécialité et celui de la bonne prise en charge des patients.

Tout ceci n'a été possible que par l'implication de tous les représentants de la FNMR dans toutes les régions, métropolitaines ou outre-mer que je remercie et félicite.

Cette action n'est que le prélude à une campagne allant jusqu'à l'examen du futur projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018 pour obtenir l'abrogation de l'article n°99 de la loi de financement de la sécurité sociale 2017.

Il est donc primordial que nous restions mobilisés pour convaincre nos élus, sénateurs, et futurs députés du bienfondé de notre demande.

Par ailleurs, la FNMR, associée avec plusieurs autres syndicats, a déposé un recours au Conseil d'Etat contre l'article 99.

Nous étudions aussi, avec nos avocats, la possibilité d'attaquer la suppression du Z. C'est donc un marathon, une véritable course d'obstacles qui nous attend pour ces prochains mois.

Dans quelques semaines, la France va élire son prochain président de la République.

Comme il est de coutume, notre Fédération a posé des questions à tous les candidats pour savoir comment ils envisageaient l'avenir pour notre spécialité. Seuls quatre ont répondu. Vous trouverez leurs réponses avec le programme qu'ils proposent pour la santé.

Dans cette revue, très axée sur la politique, nous avons aussi souhaité montrer l'importance des différentes facettes de la radiologie dans le parcours de prise en charge du patient. Servez-vous de ces textes pour interpeller vos élus ou candidats.

Si nous pouvons être fiers de cette première étape, rien n'est fini. Tout reste à gagner.

Je sais que je peux compter sur vous.

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire # 400

■ Conseil d'administration de la FNMR	04
■ Election présidentielle	
La FNMR interpelle les candidats	08
Lettre de la FNMR aux candidats	09
Questions relatives à l'imagerie médicale	10
Quelques données clés de l'imagerie médicale en France	12
Réponses des candidats	14
Le programme santé des candidats	21
Les attentes des français	28
L'imagerie en France : quel avenir ?	33
■ Place de l'imagerie dans le maillage territorial	
Imagerie et territoires	34
Etat des lieux des petits cabinets de radiologie	36

Dépistage du cancer du sein dans le maillage territorial	39
L'imagerie interventionnelle dans le maillage territorial	40
■ Election Président et Bureau restreint de la FNMR	42
■ Election du Président de la FMF-US	42
■ Vie fédérale : élection bureaux - région et département	43
■ Hommage	43
■ Petites annonces	46

Annonces

BRACCO IMAGING FRANCE	02
CMPS	47
FORCOMED	44
FORCO FMC	45
UNIPREVOYANCE	48



Le Conseil lance une campagne d'actions

Le Conseil d'administration de la FNMR s'est réuni le 29 janvier à Paris avec un ordre du jour chargé. Outre les sujets débattus régulièrement par le Conseil, sénologie, téléradiologie, interventionnel, etc., les administrateurs devaient approuver le nouveau calendrier des élections des administrateurs de la Fédération et décider des actions à conduire après la décision de l'UNCAM.

La réforme des statuts



Dr Jean-Christophe Delesalle

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général de la Fédération, présente la réforme des statuts de la Fédération en vue de leur adaptation à la réforme des régions administratives entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Une première étape avec la modification des statuts nationaux de la Fédération a été adoptée par le Conseil d'administration de mars 2016 et par l'Assemblée générale extraordinaire du 12 juin 2016.

La seconde étape consiste à mettre en adéquation ces modifications avec les dates d'élections des administrateurs. Le règlement intérieur de la Fédération doit ainsi s'adapter et définir un nouveau calendrier des élections des administrateurs dans les nouvelles régions.

Pour établir ce calendrier, deux principes sont mis en œuvre. Le premier principe est une répartition équilibrée sur trois ans (durée des mandats) entre les treize régions, si bien que la première année cinq régions voteront, la seconde quatre autres, la troisième les quatre dernières. Le deuxième principe est qu'il

convient de se caler sur la date des élections les plus récentes afin de ne pas pénaliser les administrateurs les plus récemment élus et qu'ils puissent poursuivre intégralement leur mandat de trois ans, quitte à prolonger celui des administrateurs les plus anciennement nommés.

Les élections qui ont été faites ou qui auraient dû être faites en 2016, seront à refaire en 2019. Cela concerne l'Auvergne Rhône-Alpes, le Centre-Val-de-Loire, l'Île-de-France, les Pays de Loire et la Normandie. Les élections qui seront faites cette année seront à refaire en 2020 pour la Bourgogne-Franche-Comté, les Hauts-de-France, l'Occitanie (déjà faite en début d'année) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 2018, ce sera le tour de la Bretagne, la Corse, le Grand Est et la Nouvelle Aquitaine, qui revoteront en 2021.

Ce calendrier du règlement intérieur de la Fédération étant approuvé en CA, il revient maintenant à chaque département d'organiser ces élections dans le respect de ces échéances, de faire valider leurs nouveaux statuts en AGE pour se conformer aux statuts nationaux, l'Union régionale nouvelle issue des départements devant se réunir au plus tard dans le mois qui suit, rien n'empêchant d'organiser les réunions le même jour afin de valider aussi les nouveaux statuts des nouvelles Unions régionales.

Le Conseil d'administration de la FNMR se renouvèlera donc progressivement au fur et à mesure des élections triennales en régions.

Statuts FNMR et réforme territoriale

Elections réalisées en 2016 (à refaire en 2019)

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Centre-Val-de-Loire
- Île-de-France
- Pays de Loire
- Normandie

Elections à faire en 2017 (à refaire en 2020)

- Bourgogne-Franche-Comté
- Hauts-de-France (Nord-Pas-de-Calais-Picardie)
- Occitanie (Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées)
- Provence-Alpes-Côte d'azur

Elections à faire en 2018 (à refaire en 2021)

- Bretagne
- Corse
- Grand Est (Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne)
- Nouvelle Aquitaine (Aquitaine -Limousin-Poitou-Charentes)

www.fnmr.org
Jean-Christophe DELESALLE
CA Paris 28 janvier 2017 12

La décision de l'UNCAM

C'est le 27 janvier que le directeur général de l'UNCAM a fait connaître, par un communiqué de presse, sa décision de prendre deux mesures contre la radiologie, à savoir la baisse des forfaits techniques de scanner, d'IRM et de TEP et la suppression du modificateur Z (21,8%) qui tient compte des charges spécifiques supportées par les cabinets de radiologie. Les médecins radiologues devront, à la date d'application, utiliser le modificateur Y (15,8%).

Ces deux mesures portent atteinte à la capacité des cabinets de radiologie de maintenir et de renouveler leurs équipements pour rester au meilleur niveau technologique et assurer aux patients des examens et des diagnostics de la plus grande qualité et de la plus grande fiabilité.

D'un point de vue économique, ces deux mesures s'ajoutent à celles prises depuis maintenant dix ans qui ont entraîné la fermeture de plus de cent cabinets de radiologie, réduisant le maillage territorial et créant les premiers déserts radiologiques. Pour les patients, cela signifie moins de cabinets de proximité, moins de centres de dépistage du cancer du sein. Pour les médecins correspondants, et en particulier pour les médecins généralistes, cela signifie la disparition d'un soutien essentiel dans leur activité.

La baisse des forfaits techniques a, depuis, été publiée au Journal Officiel du 12 février 2017 pour prendre effet dès le 13 février. La suppression du modificateur Z devrait intervenir dans le courant du mois d'avril ¹.



Dr Jean-Philippe Masson

Le président de la Fédération, Jean-Philippe Masson, a rappelé la teneur des discussions entre la Fédération et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) durant près d'un an et demi. La demande initiale de la CNAM était un plan d'économies sur la radiologie (hors échographie) de 230 millions en

trois ans. Au fil des rencontres, en dépit des propositions de maîtrise médicalisée présentée par la FNMR, la CNAM a maintenu son objectif.

Consulté à deux reprises, le Conseil d'administration de la FNMR, à l'image du Bureau national, a voté à l'unanimité le refus d'un plan qui ferait de la radiologie une variable d'ajustement des comptes de l'Assurance maladie.

Le Gouvernement prétextant l'absence de négociation a fait adopter, en décembre 2016, un article (99) intégré dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui donne au directeur général de la CNAM le pouvoir de baisser, seul, les forfaits techniques. Ce qu'il a fait avec sa décision du 16 janvier.

Le Conseil d'administration a longuement débattu des conditions dans lesquelles la décision de la CNAM a été prise et de la riposte nécessaire. Une campagne d'actions a été décidée dont les modalités ont été

précisées par le président de la Fédération et approuvées par le Bureau :

- Courrier ultimatum au directeur général de l'UNCAM lui demandant de suspendre la décision.
- Information des patients et du grand public
- Mise en ligne d'une pétition nationale
- Grève des cabinets de radiologie le 23 mars
- Arrêt de la prise des rendez-vous par téléphone pour les examens d'IRM, à partir du 23 mars. Les patients sont invités à adresser leur demande par courrier ou à venir directement à l'accueil des cabinets. En cas d'urgence, les médecins demandeurs contactent directement le médecin radiologue.

L'ensemble de la spécialité s'est, une nouvelle fois, rassemblée pour manifester son opposition à ces mesures. Le SRH ² - les établissements publics sont aussi touchés par les mesures pour leur activité externe - la SFR ³ ont affiché leur totale solidarité ainsi que les internes en radiologie avec l'UNIR ⁴.

Les syndicats polycatégoriels CSMF, FMF, SML ont, eux aussi, manifesté leur totale solidarité à l'égard des médecins radiologues.

La presse a très largement relayé ces informations et l'appel à la grève. La plupart des articles ou reportages télévisés ont clairement montré l'importance de l'imagerie médicale dans le parcours de soins et les conséquences des mesures de l'UNCAM sur la spécialité et les patients.

Les actions de la FNMR

Le 2 mars, Jean-Philippe Masson, a présenté à la presse les actions décidées par la Fédération contre la décision de l'UNCAM.

Il a aussi resitué l'état de l'imagerie médicale, après dix ans de baisses tarifaires récurrentes, dans la politique de dégradation du système de santé.

Conférence de presse du Dr Jean-Philippe Masson

La santé est un sujet de préoccupation majeur pour les Français.

J'en veux pour preuve la place prépondérante qu'il occupe dans la campagne présidentielle actuelle.

¹ La décision de l'UNCAM a été publiée au JO du 22 mars 2017

² Syndicat des Radiologues Hospitaliers

³ Société Française de Radiologie

⁴ Union Nationale des Internes en Radiologie

La dégradation du système de santé

Toutes les enquêtes d'opinion, l'actualité quotidienne montre l'état de déliquescence de ce système, je le répète, au coeur des préoccupations des Français.

Ce malaise est général.

On le retrouve aussi bien chez les médecins, les dentistes, les infirmiers.

Ce malaise concerne à la fois le secteur public et privé. À l'hôpital, les suicides de médecins et infirmiers attestent la gravité de ce phénomène.

Dans le secteur privé, les agressions répétées des médecins et des personnels soignants, qu'elles soient physiques ou verbales, sont même allées récemment jusqu'à l'assassinat d'un médecin.

Des associations ont été créées afin d'accompagner les médecins et personnels soignants souffrant de burnout.

Les causes en sont multiples.

La baisse drastique de la démographie médicale en est une des plus importantes. Celle-ci est voulue depuis plusieurs décennies par les pouvoirs publics estimant que, en dépit du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, si l'on diminue l'offre de personnel soignant, on diminuera, de façon absurde, la demande des patients et donc les dépenses de santé.

Cette baisse démographique entraîne une désertification médicale qui aboutit à une destruction de l'offre de soins territoriale impliquant une perte de l'accès aux soins pour les patients.

L'État a prélevé 900 millions d'euros sur l'imagerie médicale en 9 ans.



**Votre santé n'a pas de prix...
Mais les équipements de pointe en ont un.**



Une autre cause est **l'augmentation exponentielle des tâches administratives** demandées aux personnels soignants qui font le travail de l'assurance-maladie et des organismes complémentaires. **L'explosion des obligations réglementaires** alourdit encore les tâches des médecins.

Comment ne pas s'interroger également sur **l'importance des ruptures de stocks de cer-**

tains médicaments et de vaccins ? Autant l'indisponibilité temporaire d'une ou deux spécialités pharmaceutiques peut se comprendre, autant l'absence de disponibilité de plus de 300 spécialités pharmaceutiques est incompréhensible, voir suspecte, accentuant encore l'atteinte à la prise en charge des patients.

Les patients subissent également **l'effet de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire** depuis début 2016 avec des cotisations augmentées de 4,5 % alors que la prise en charge, notamment des dépassements d'honoraires, a été plafonnée et donc diminuée. Cette mesure explique l'apparition des assurances sur complémentaire qui pénalise encore la population en augmentant ainsi le reste à charge.

Ainsi, on est en droit de s'interroger sur la réelle volonté des politiques de vouloir garantir un accès aux soins pour les patients ou plutôt d'exercer une maîtrise comptable de l'assurance-maladie à leur détriment.

L'imagerie médicale

L'imagerie médicale n'échappe pas à cette politique d'abandon, de démantèlement de notre système de soins.

Cette année, la CNAM nous en donne un nouvel exemple avec le plan comptable autoritaire et unilatéral imposé aux radiologues.

La Caisse impose deux mesures qui pénalisent la capacité d'investissement des structures de radiologie en secteur libéral mais aussi à l'hôpital.

La baisse de la valeur des forfaits technique en scanner, IRM, PET-Scan impacte directement les possibilités de renouvellement des appareils déjà installés ou d'installation de nouveaux équipements.

Il faut rappeler que **le forfait technique ne fait pas partie des honoraires des médecins mais compense le coût d'acquisition de ces équipements**. Il correspond à l'amortissement, c'est à dire l'achat, la maintenance, l'emploi des manipulateurs et des secrétaires chargés de faire fonctionner ces appareils, etc. Une enquête, réalisée en 2015 par la FNMR, a montré que, déjà, 18 % des centres de scanner et 5 % des installations IRM sont en déficit. Il est évident que ces nouvelles baisses vont augmenter ces chiffres et que pour garantir la pérennité de ces installations des efforts financiers devront être faits, que ce soit sur le renouvellement des matériels ou sur des réductions de personnel.

Tout ceci entraînera inévitablement des réductions des temps d'ouverture, des temps d'examen plus longs liés à des installations moins performantes impliquant un allongement des délais de rendez-vous déjà inac-

ceptables (30 jours pour un examen I.R.M. à l'heure actuelle alors que le plan cancer III fixe l'objectif de 20 jours).

L'autre mesure, tout aussi inacceptable, imposée par la CNAM est la suppression du modificateur Z.

Le modificateur Z, spécifique aux radiologues, comme le forfait technique, correspond aux contraintes d'investissement des installations pour des équipements émettant moins de rayonnement, ou pour des appareils haut-de gamme permettant les activités innovantes comme la radiologie interventionnelle.

Les fermetures de cabinets

Cette suppression du Z, en dépit des allégations du directeur de la CNAM, va amplifier le mouvement de fermeture des cabinets radiologiques de proximité. Depuis sept ans, plus de 100 cabinets de radiologie ont fermé.

On peut citer quelques exemples:

La semaine prochaine, l'unique cabinet de radiologie de la ville de Moutiers ferme définitivement.

A Nozay, petite ville de l'ouest de la France, le maire nous a envoyé, le 10 février, un courrier nous demandant de tout faire pour trouver un radiologue en raison de la fermeture récente du centre de radiologie le plus proche ce qui oblige ses administrés à faire plusieurs dizaines de kilomètres pour pouvoir passer un examen d'imagerie.

Dans l'Hérault, en dix ans, le nombre de centres de dépistage du cancer du sein est passé de 28 à 16.

A Mende, préfecture de la Lozère, il n'y a plus, depuis 10 ans, de cabinet de radiologie. Là aussi, le dépistage du cancer du sein est impossible et les patientes doivent faire 40 km pour trouver un centre de radiologie.

L'action de la FNMR

Devant cette dégradation constante de l'offre d'imagerie, inacceptable pour les patients, la FNMR a décidé d'une réaction forte.

La Fédération a adressé un courrier au directeur général de la CNAM lui demandant de suspendre ces mesures délétères. Faute de réponse positive avant le 22 février, la FNMR a décidé de lancer une série d'actions afin de sensibiliser le public et d'avertir les tutelles.

La réponse du directeur général, niant ces faits réels, confirme les mesures imposées et propose même la mise en place de nouvelles mesures d'économies pour les trois ans à venir.

Devant une telle obstination, la FNMR a réuni le samedi 25 février les représentants de toutes les régions de France afin de décider d'une stratégie d'action.

Les actions contre les mesures de la CNAM

1° Une information large des patients sur les motifs de ce mouvement grâce à des affiches dans les cabinets de radiologie, des dépliants à disposition des patients dans les salles d'attente, par les explications données par les médecins radiologues, et par une diffusion de l'information à travers les réseaux sociaux.

2° Une journée nationale de grève des cabinets de radiologie aura lieu le 23 mars.

3° La journée de grève sera suivie jusqu'au 31 mars d'une grève de la prise des rendez-vous téléphoniques en I.R.M. Les patients seront invités à transmettre leur demande d'examen par courrier et pour les cas les plus urgents le médecin demandeur se mettra en rapport direct avec le médecin radiologue.

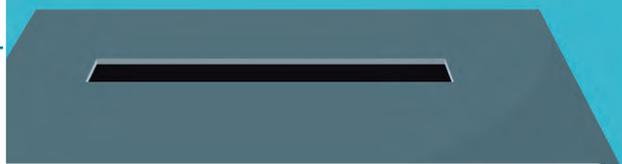
4° À partir du 23 mars, une pétition sera mise en ligne afin que les patients puissent manifester leur soutien à ces actions pour garantir la pérennité d'une radiologie moderne et efficiente au service de la meilleure prise en charge de la santé des Français.

La profession radiologique française, unie, radiologues libéraux, hospitaliers et internes en radiologie exige le retrait de ces mesures visant à détruire une spécialité médicale structurante sur le plan territorial et au centre de la démarche diagnostique. C'est la qualité et l'avenir de la radiologie qui sont en jeu.

C'est la qualité et l'avenir de la santé des français qui sont en jeu.

Ce bras-de-fer avec la CNAM que nous entamons aujourd'hui sera poursuivi au moins jusqu'à la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale en octobre 2017 où les élus, députés et sénateurs, auront à se prononcer sur la qualité et l'avenir de la prise en charge de la santé des Français. ■





La FNMR interpelle les candidats



Nathalie Arthaud



François Asselineau



Jacques Cheminade



Nicolas Dupont-Aignan



François Fillon



Président de la République



Benoît Hamon



Jean Lassalle



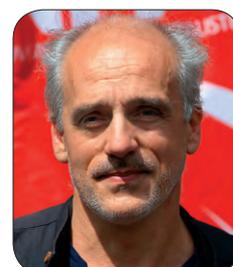
Marine Le Pen



Emmanuel Macron



Jean-Luc Mélenchon



Philippe Poutou

Chaque élection présidentielle est l'occasion pour la FNMR d'interpeller les candidats afin de les interroger sur leur projet concernant la santé et plus particulièrement sur les principaux sujets de préoccupation pour les médecins radiologues libéraux.

La Fédération a adressé à chaque candidat un questionnaire accompagné d'une synthèse des principales données sur l'imagerie et du Livre Blanc. La Fédération respecte une stricte neutralité politique. Les réponses sont publiées telles qu'elles nous sont parvenues. Si certaines nous étaient adressées ultérieurement, elles seraient publiées sur notre site.

Nos responsables politiques et nos tutelles administratives doivent prendre conscience du rôle de l'imagerie dans la structuration de l'offre de soins et dans le parcours des patients. L'imagerie est un investissement pour la santé de nos concitoyens mais aussi un formidable levier d'économies. C'est pourquoi l'imagerie médicale doit être développée au service de tous les patients dans tous les territoires. ■



Madame la candidate,
Monsieur le candidat,

L'imagerie médicale est au cœur du parcours de soins des patients. Le médecin radiologue est un acteur essentiel de ce parcours aussi bien en premier qu'en second recours. Pour la Cour des comptes, l'imagerie médicale se situe au cœur du diagnostic et du suivi thérapeutique. Elle est structurante dans la mesure où la plupart des spécialités y ont recours, et où sa bonne organisation conditionne pour partie la qualité de prise en charge des patients, en ville comme en établissements de santé.

Elle est également indispensable dans la prévention, par exemple comme examen de référence dans le dépistage du cancer du sein, de la trisomie 21, etc...

Des équipements et des logiciels toujours plus performants permettent des diagnostics plus précis, plus précoces favorisant une meilleure orientation des patients : les traitements sont ainsi plus adaptés, plus courts, réduisant les durées d'hospitalisation ou d'arrêts de travail et en conséquence leurs impacts économiques et les indemnités journalières. C'est le cas, par exemple, de l'AVC qui impose un diagnostic dans les 4 heures afin de pouvoir intervenir et limiter les conséquences. L'imagerie interventionnelle a sa place dans la thérapeutique avec des actes comme les infiltrations, la pose de stent, etc. Elle se substitue à des actes chirurgicaux plus lourds, plus invasifs et beaucoup plus coûteux.

Les médecins radiologues, libéraux et hospitaliers, réunis au sein du Conseil professionnel de la radiologie ont publié, en octobre 2016, un livre blanc L'imagerie médicale en France : un atout pour la santé, un atout pour l'économie. Il comprend 29 propositions pour le développement de l'imagerie au service de tous les patients, dans tous les territoires.

Les médecins radiologues libéraux, acteurs majeurs de notre système de soins, qui représentent plus de 60% de l'offre d'imagerie, souhaitent connaître vos positions relatives à certains points clefs de l'offre d'imagerie médicale dans notre pays.

Les questions, en PJ, reprennent les principaux sujets sur lesquels nous souhaitons connaître vos intentions. Vos réponses seront publiées dans un numéro spécial de la « Revue du Médecin Radiologue » éditée par notre Fédération.

Je vous remercie de l'intérêt que vous voudrez bien porter à ces questions et vous prie de croire, Madame la candidate, Monsieur le candidat, en l'assurance de mes sentiments distingués.

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président

PJ : Quelques données clés de l'imagerie médicale en France

FEDERATION NATIONALE DES MEDECINS RADIOLOGUES
168 A rue de Grenelle – 75007 PARIS



Questions relatives à l'imagerie médicale

ASSURER UNE OFFRE COMPLETE D'IMAGERIE DANS TOUS LES TERRITOIRES

L'imagerie médicale doit être organisée autour du patient.

Dans de nombreux territoires, seule la mutualisation des moyens humains et matériels en imagerie peut permettre d'assurer pour tous les patients l'accès à l'ensemble des techniques d'imagerie.

Ces regroupements peuvent favoriser le maintien du maillage territorial (c'est l'imagerie de première intention indispensable pour les médecins traitants), le développement du dépistage du cancer du sein assuré à 80% par les radiologues libéraux et l'accès à des plateaux techniques de pointe, en particulier l'IRM.

Favoriser les coopérations

La tentation d'organiser l'offre d'imagerie sous l'égide de l'hôpital est, en France, grande. Les coopérations en imagerie doivent prendre en compte la réalité de la démographie avec près des deux-tiers des radiologues qui exercent en secteur libéral dont 86% en secteur I.

Les Plateaux d'Imagerie Mutualisés (PIM) sont un moyen de coopération prévu à l'article L6122-15 du code de la santé publique. Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ne doivent donc pas être un prétexte pour mettre sous tutelle les médecins libéraux.

➤ Etes-vous favorable à de vraies coopérations ou partenariats public/privé en matière d'imagerie et, là où c'est nécessaire, à la création de Plateaux Mutualisés d'Imagerie ?

Développer l'imagerie moderne

L'imagerie moderne – en particulier le scanner et l'IRM – permet une meilleure prise en charge des patients et d'importantes économies en favorisant des parcours de soins optimisés. Elle permet aussi, quand elle existe, de réaliser des actes pertinents.

Les autorisations de scanner et d'IRM, accordées par les Agences régionales de santé, permettent de mieux répondre aux demandes de diagnostics



urgents (AVC et urgences), précis (évaluation des traitements anti-cancers, etc..) en fonction de l'élargissement des indications en imagerie.

Mais, de son côté, la CNAM ne cesse de baisser les tarifs d'imagerie rendant plus difficile le financement de ces équipements aussi bien à l'hôpital qu'en libéral.

➤ Etes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes – scanner, IRM, TEP-scan, TEP-IRM - qui ne soit pas financé par des baisses tarifaires ?

La téléradiologie

La téléradiologie permet à tous les patients de bénéficier, sur tout le territoire, de consultations de spécialistes d'organes ou de pathologies. Elle participe également aux urgences. Pour qu'elle se développe, elle doit répondre à des critères pré-

cis inscrits dans la Charte de la téléradiologie du Conseil professionnel de la radiologie¹ et qui a reçu le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le respect de ces critères permettra d'éliminer les dérives commerciales «low cost» qui n'assurent pas la qualité médicale que le médecin radiologue doit à ses patients.

Mais la Charte n'a pas de caractère obligatoire.

➤ *Etes-vous favorable à rendre opposable la Charte de la téléradiologie ?*



Qualité

La profession développe une démarche qualité concrétisée par la création d'un label qualité indépendant «Labelix» qui permet aux cabinets de ville ou aux services radiologiques d'établissement de santé de respecter des critères qualités inscrits dans un référentiel.

➤ *Etes-vous favorable à la reconnaissance d'une démarche qualité initiée par la profession et certifiée par un organisme officiel indépendant ?*

Les baisses tarifaires récurrentes

Depuis 2007, chaque année, l'imagerie fait l'objet de mesures visant à baisser ses tarifs. Ces baisses répétées ont abouti en 10 ans à la fermeture de plus de 100 centres d'imagerie sur le territoire français. La dernière mesure en date est l'adoption de l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cet article rompt avec le principe de fixation des tarifs par les partenaires conventionnels. Il donne, dans le cas de l'imagerie moderne – scanner, IRM, TEP-scan ou TEP IRM – le pouvoir au seul directeur général de la CNAM-TS.

Cette nouvelle disposition stigmatise les médecins radiologues qui sont ainsi accusés, une fois de plus, d'être responsables des déficits de l'assurance maladie.

¹ Le Conseil professionnel de la radiologie regroupe :
Le CERF : Conseil des Enseignants de Radiologie de France
La FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues (libéraux)
La SFR : Société Française de Radiologie (société savante)
Le SRH : Syndicat des Radiologues Hospitaliers

➤ *Etes-vous favorable à l'abrogation de l'article 99 de la LFSS 2017 (Articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale) ?*

➤ *Etes-vous favorable à la stabilisation des tarifs d'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres techniques de pointe ?*

Réduire les charges administratives

Les obligations législatives et réglementaires spécifiques à l'imagerie s'ajoutent aux tâches administratives liées à l'assurance maladie et aux complémentaires, sans oublier toutes les réglementations qui s'appliquent à un cabinet médical.

Les seuils sociaux freinent le développement des regroupements de cabinets et la mutualisation des moyens.

➤ *Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?*

Un cercle vertueux d'économies

L'imagerie médicale, plus qu'une dépense, est un investissement. La stabilité des tarifs des actes d'imagerie est un facteur essentiel pour les plans d'investissements aussi bien dans les cabinets libéraux que dans les services hospitaliers.

La stabilité tarifaire est essentielle pour préserver le maillage territorial (cabinets et services hospitaliers) en imagerie et développer l'imagerie moderne dans des centres experts.

De nombreux actes d'imagerie – radiologie interventionnelle, échographie, etc. – se substituent à des actes chirurgicaux plus lourds, plus invasifs, plus coûteux. Une partie de ces économies doit être réinvestie dans l'imagerie afin de créer un cercle vertueux d'économies. Pour cela, il est aussi nécessaire d'assurer la fongibilité des enveloppes financières entre la ville et l'hôpital.

➤ *Etes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de réattribution des économies réalisées grâce à la substitution ? ■*



Quelques données clés de l'imagerie médicale en France

LA DÉMOGRAPHIE

Près de 7 400 médecins radiologues exercent en France (2016). Plus des deux-tiers exercent en libéral exclusif ou avec une activité salariée. Un tiers des radiologues sont salariés. 88% des radiologues libéraux exercent en secteur 1. Ils ne sont pas auto prescripteurs. Tous les territoires disposent d'une offre d'imagerie à tarifs conventionnels.

Nombre de médecins radiologues

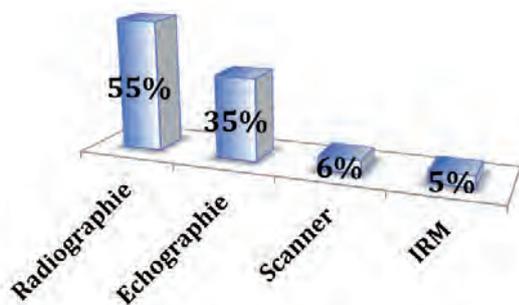


LES ACTES D'IMAGERIE

Environ 80 millions d'actes d'imagerie médicale sont réalisés chaque année¹, en évolution régulière en raison de la place prépondérante de l'imagerie dans la prise en charge des patients. Plusieurs facteurs contribuent à cette évolution :

- le vieillissement de la population,
- le développement des indications en particulier en scanner et en IRM,
- l'amélioration des techniques d'imagerie.

Répartition du volume des actes d'imagerie en pourcentage



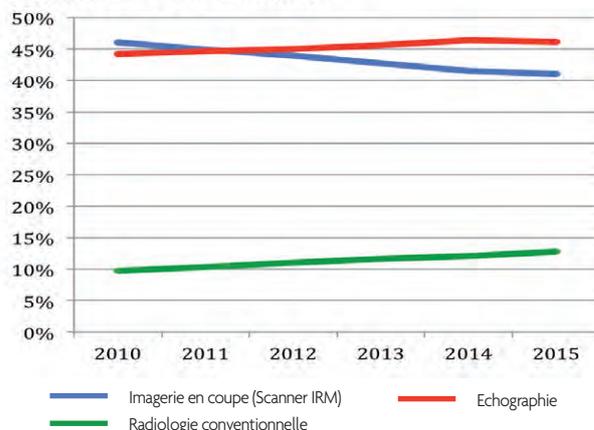
La radiographie conventionnelle représente un peu plus de la moitié des actes d'imagerie, hors scintigraphie. L'échographie pèse un peu plus d'un tiers des actes, en croissance

en raison du développement de l'activité par des spécialités autres – cardiologie, gynécologie obstétrique mais aussi médecine générale. L'activité en scanner et en IRM se développe en raison de l'augmentation du nombre d'équipements autorisés mais reste quand même très minoritaire, à peine plus de 10%.

Les évolutions des dépenses remboursées par technique sont différentes de celles du nombre d'actes. Sur les six dernières années, les dépenses de radiologie conventionnelle se sont réduites alors que celles d'échographie ou d'imagerie en coupe sont en progression.

Figure 1 - Evolution en % de chaque technique dans la dépense remboursée par l'assurance maladie – 2010 à 2015

Evolution des actes d'imagerie



LE PARC DE SCANNERS ET D'IRM

L'installation des scanners et des IRM est soumise à autorisation. Le taux d'équipements en France est longtemps resté très en retard par rapport à ses voisins et se rapproche de la moyenne européenne tout en restant encore très loin des pays les mieux équipés.

L'imagerie médicale en coupe est indispensable dans le parcours de soins des patients. Il permet, par exemple, de mettre en évidence l'évolution métastatique d'un cancer qui ne peut pas être vue à la radiologie conventionnelle. Elle permet encore de dresser un bilan complet et précis, en urgence, dans le cas de patients accidentés de la route qui sont polytraumatisés, etc.

¹ Ce chiffre comprend les actes réalisés pour les patients non hospitalisés des hôpitaux et des cliniques.

Figure 2 - Evolution du nombre de scanners et d'IRM en France - 2010 à 2015 (Cour des comptes)



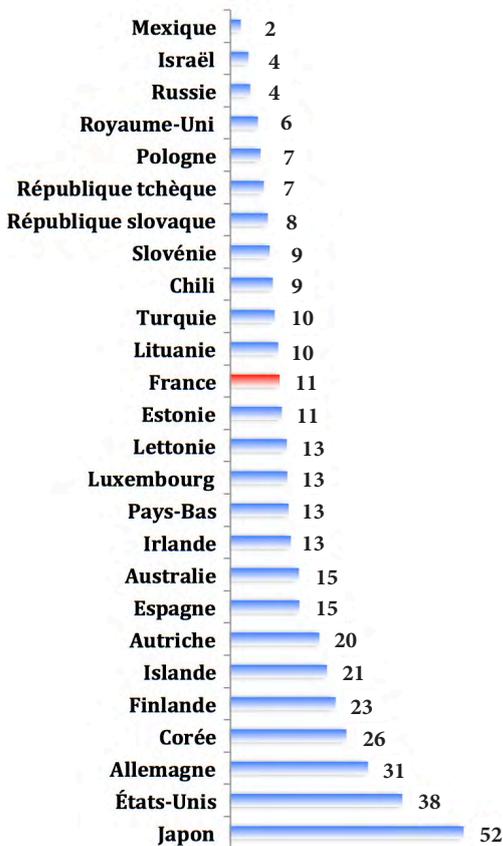
L'insuffisance d'équipements en coupe, et surtout d'IRM non irradiante, se traduit par des délais de rendez-vous d'examen qui sont de l'ordre de 30,6 jours en France alors que le Plan cancer III fixe un objectif de 20 jours. Ces délais entraînent des pertes de chances pour les patients.

LES PLATEAUX D'IMAGERIE MÉDICALE (PIM)

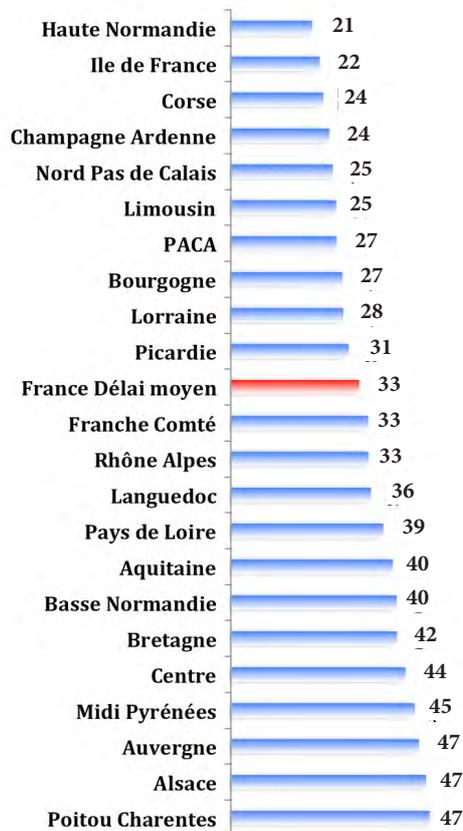
Des Plateaux mutualisés d'Imagerie Médicale peuvent être créés pour favoriser la coopération public privé (Code de la santé publique art. L6122-15). Dans les territoires où cela est nécessaire, les PIM ont vocation à mutualiser de façon équilibrée les moyens humains et matériels en imagerie afin de répondre aux besoins de ce territoire. Ils peuvent disposer de scanners, d'IRM, de mammographes, d'équipements de radiologie interventionnelle ou de tout autre équipement d'imagerie médicale. Les PIM se créent autour d'un projet médical.



NOMBRE D'IRM POUR 100 000 HABITANTS (OCDE 2014)



DÉLAI EN JOURS POUR OBTENIR UN RDV D'IRM PAR RÉGION 2016 (CEMKA-EVAL SNITEM)



LA QUALITÉ

Le label LABELIX est le mode officiel de reconnaissance de la qualité des prestations des cabinets et services d'imagerie médicale.



Plus de 120 ² cabinets libéraux d'imagerie médicale sont engagés dans une démarche qualité exigeante. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Elle est sanctionnée par l'obtention d'un label « Labelix » délivré par un organisme indépendant sur la base du respect d'un cahier des charges rigoureux et de contrôles réguliers.

Ce label est aussi attribué à des services hospitaliers de radiologie qui respectent les mêmes critères. ■

² Le nombre de cabinets en France est estimé autour de 800.



Réponses des candidats sur l'imagerie médicale en France



Réponse
de **Jacques CHEMINADE**



CHEMINADE 2017

Êtes-vous favorable à de vraies coopérations ou partenariats public/privé en matière d'imagerie et, là où c'est nécessaire, à la création de Plateaux Mutualisés d'Imagerie ?

La mise sous tutelle des médecins libéraux ou de l'hôpital, sous prétexte de rationaliser les soins, n'est pas une option. Le dialogue entre médecins, services de santé de ville et hospitaliers doit être promu et encouragé. C'est tout un système de santé équilibré entre grands centres hospitaliers, maisons de santé et de convalescence et médecins de ville qui doit être ainsi mis en place. Une

collaboration efficace entre les deux secteurs doit être promue et développée et les Plateaux d'Imagerie Mutualisés (PIM) semblent une solution adéquate.

Êtes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes – scanner, IRM, TEP-scan, TEP-IRM - qui ne soit pas financé par des baisses tarifaires ?

C'est d'une grande urgence. La France accuse un retard d'équipement en imagerie médicale qui se fait au détriment de la santé publique.

Par exemple : Dans les pays scandinaves, 60 à 70 % des patients AVC sont directement pris en charge par des équipes dédiées, regroupées dans des unités neuro-vasculaires (UNV) équipées d'IRM et formées aux meilleurs soins, alors qu'en France, ils sont moins de 20 %.

Pour nous, au lieu d'être une charge, les UNV doivent rapidement être au cœur des unités de neurologie des services hospitaliers, qui doivent disposer d'un plateau technique comportant une IRM prioritaire au service. Aux médecins et personnels hospitaliers spécialisés, il faut adjoindre en permanence une unité paramédicale de haut niveau technologique, opérationnelle en cas d'urgence : des manipulateurs radio disposant d'un plateau de télé-médecine pour opérer rapidement. Ces équipes doivent aussi pouvoir assurer une prise en charge du patient 24h/24h, si importante pour réduire le risque de décès ou de dépendance. L'UNV deviendra ainsi non seulement un pôle d'expertise thérapeutique et diagnostique, mais pourra également assurer au jour le jour le suivi du patient, ses traitements médicamenteux et jusqu'à sa rééducation. Les bénéficiaires d'un tel programme sont bien sûr incommensurables, car il permet de prolonger la vie humaine sans handicap. La France doit rattraper son retard en imagerie médicale et équiper d'urgence tous ses hôpitaux avec l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Au-delà même de la santé individuelle de chacun des résidents en France, la santé publique et la protection sociale font partie du patrimoine productif de la nation. L'esprit des « réformes » actuelles envisage la santé comme une dépense à court terme, alors qu'il s'agit d'un droit et d'un investissement « rentable » pour la société.

Êtes-vous favorable à rendre opposable la Charte de la téléradiologie ?

Je suis contre l'ubérisation de la santé, la France doit garder un service de soins de haute qualité et un personnel qualifié.

Chaque IRM coûte entre 1 et 5 millions d'euros et nécessite un personnel hautement qualifié. Il faut équiper le territoire d'un nombre suffisant (passer de 11 à 50 IRM pour 100 000 habitants) pour d'un côté diminuer

les délais d'attente des patients aux IRM (30 jours en moyenne), alors que le délai de sortie d'un plan cancer est de moitié, et d'un autre côté former rapidement un personnel suffisant. En ce sens, il n'est pas question de diminuer le personnel ou le matériel mais de l'augmenter.

Êtes-vous favorable à la reconnaissance d'une démarche qualité initiée par la profession et certifiée par un organisme officiel indépendant ?

C'est une bonne initiative. La santé du futur sera hautement technologique et les métiers d'avenir sont ceux liés à la radiologie et à la télé-médecine. L'innovation doit être promue, avec le développement de l'ambulatoire, la multiplication des robots chirurgiens et la recherche sur les biotechnologies.

Êtes-vous favorable à l'abrogation de l'article 99 de la LFSS 2017 (Articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale) ?

C'est de bon sens ! On ne peut découpler le préventif et le curatif au sein des unités de soins. L'esprit des « réformes » actuelles envisage la santé comme une dépense à court terme, alors qu'il s'agit d'un droit et d'un investissement « rentable » pour la société. De plus, la T2A doit être abandonnée, au profit d'une rémunération à la pathologie et à la performance.

Êtes-vous favorable à la stabilisation des tarifs d'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres techniques de pointe ?

Je soutiens l'appel de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) et condamne les décisions de l'UNCAM d'appliquer des baisses tarifaires en imagerie médicale.

Je me battrais pour arrêter le triage des soins en matière de santé publique et le harcèlement dont sont victimes les médecins et les soignants dans les hôpitaux publics ou les cabinets médicaux (réduction des moyens, malades traités à flux tendus, chaque fois plus de gestion et dépréciation constante du travail humain, comme partout).

Êtes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?

Mon projet d'une Sécurité sociale universelle doit permettre de réduire rapidement les contraintes administratives que subissent les cabinets médicaux (plusieurs heures de paperasse en moins avec la disparition progressive des cinq cents assureurs et mutualistes).

Êtes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de réattribution des économies réalisées grâce à la substitution ?

La stabilité tarifaire est indispensable, mais il faut aller plus loin : Je veux créer une assurance-maladie universelle couvrant l'ensemble des dépenses de santé, en incluant dans la Sécurité sociale la couverture complémentaire aujourd'hui essentiellement assurée par les mutuelles et les assurances. Cette Sécurité sociale intégrale comporterait un seul payeur et non plus les quelque cinq cents organismes complémentaires qui sont source de complexité, d'iniquité et de coût : plus de moyens à consacrer aux soins et moins aux procédures administratives. ■



Réponse de
Nicolas DUPONT-AIGNAN



NDA
2017

Etes-vous favorable à de vraies coopérations ou partenariats public/privé en matière d'imagerie et, là où c'est nécessaire, à la création de Plateaux Mutualisés d'Imagerie ?

Tout dépend de ce que vous entendez par partenariat public/privé. S'il s'agit d'imaginer la dérive vers un modèle capitalistique et financiarisé, j'y suis opposé. On a vu les effets d'une telle approche, sur les secteurs de l'hospitalisation privée et de la biologie médicale, avec l'arrivée d'acteurs financiers étrangers au secteur de la santé et uniquement axés sur la profitabilité. Si en revanche, vous entendez par ce partenariat une dynamique d'exercice collectif, coordonné et orienté sur l'efficacité des parcours de santé, alors j'y suis favorable. Il faudra alors créer un environnement incitatif, en veillant à

simplifier le cadre réglementaire et en offrant la possibilité à ces équipes pluridisciplinaires de contractualiser au plan local à partir d'objectifs concrets.

Etes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes – scanner, IRM, TEP-scan, TEP-IRM - qui ne soit pas financé par des baisses tarifaires ?

Il y a en France un réel problème d'accès aux examens d'imagerie médicale. La difficulté d'accès aux examens d'IRM est symptomatique du manque dramatique de médecins et d'équipements. Ainsi, en 2016, il faut un peu plus de trente jours en France pour accéder à un examen d'IRM, alors que le plan Cancer 2004-2019 préconise un maximum de vingt jours alors que le plan précédent le fixait à quinze jours. La France est très en deçà de la moyenne européenne.

Les inégalités d'accès sont flagrantes. Ainsi les régions Auvergne, Centre et Bretagne ont à la fois les taux d'équipement parmi les plus faibles (inférieurs à 11 IRM par million d'habitants : l'Auvergne, la Bretagne, la région Centre, la Picardie et les Pays de la Loire) et les délais parmi les plus élevés (44,8 jours, 41,6 et 39,6 jours). Le délai moyen pondéré par la taille de la population montre un écart de plus du simple au double (52,9 vs 21,5 jours) entre les cinq régions les moins bien équipées et les cinq régions les mieux équipées.

Par rapport à 2015, les délais d'attente pour un examen d'IRM ont augmenté dans douze régions, dont cinq font partie de celles ayant la plus forte mortalité par cancer : Basse-Normandie, Champagne-Ardennes, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, PACA.

Je ne peux donc que réaffirmer mon accord avec ce que je pointais moi-même dans mon programme. Quant au financement des nouveaux appareils qu'il faudra installer, il est évident qu'il ne pourra être assuré, à système inchangé, par des baisses tarifaires : on constate en effet que les baisses de tarifs entraînant au contraire des fermetures de centres, qui sont l'inverse du but recherché. Je veux réunir des Etats généraux de la santé avec tous les professionnels concernés pour bâtir un régime de Sécurité sociale unique (supprimer le RSI ainsi que l'affiliation obligatoire à une mutuelle d'entreprise pour les salariés), nous serons nécessairement amenés à rediscuter du système actuel de remboursement. Celui-ci devra être revu avec naturellement à l'esprit le déficit en équipements d'imagerie.

Etes-vous favorable à rendre opposable la Charte de la téléradiologie ?

Comme je le pointe également dans mon programme détaillé (chapitre « Sciences et souveraineté industrielles »), je souhaite faire de la télémédecine et du télédiagnostic un de mes axes majeurs en matière de politique de santé.

La téléradiologie, même si elle n'est pas explicitement mentionnée, se trouve naturellement à l'intersection de la télémédecine et du télédiagnostic ; je souhaite donc favoriser autant que possible son développement.

Comme vous le soulignez, cela ne doit pas se faire au prix d'une dégradation de la qualité du service. J'y veillerai. Je soutiendrai donc le fait de rendre opposable la Charte de la téléradiologie, si cette mesure est suffisante pour garantir une bonne qualité des examens réalisés, voire davantage si nécessaire.

Etes-vous favorable à la reconnaissance d'une démarche qualité initiée par la profession et certifiée par un organisme officiel indépendant ?

Des radiologues hospitaliers m'ont déjà fait part de leur déception quant à la qualité de certaines IRM cérébrales réalisées en ville, les obligeant à recommencer un examen qui avait déjà été fait. On voit ici que la question de la qualité des examens est

(au moins s'agissant du cerveau), aussi importante que la question du nombre d'équipements disponibles. Je suis donc particulièrement sensible à cette question, de la qualité des examens réalisés en ville.

Si la création d'un tel label géré par la profession est de nature à faire évoluer les pratiques, cela permettra à la collectivité d'éviter d'avoir à s'en saisir, ce qui serait une bonne chose pour tous, afin d'éviter de mettre en place des structures de contrôle lourdes et complexes, là où un simple autocontrôle de la profession pourrait suffire. Comme vous le comprenez, je suis donc extrêmement favorable à une telle démarche.

Etes-vous favorable à l'abrogation de l'article 99 de g LFSS 2017 (Articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale) ? Etes-vous favorable à la stabilisation des tarifs d'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres techniques de pointe ?

Comme je l'ai mentionné plus haut, je souhaite « réunir des Etats généraux de la santé avec tous les professionnels concernés pour bâtir un régime de Sécurité sociale unique ». Dans ce cadre, le code de la Sécurité sociale sera probablement largement réécrit, et la question de l'abrogation d'un article particulier ne se posera pas.

Comme je l'ai également expliqué dans la réponse à la question relative au « plan de développement des équipements modernes », je souhaite que, dans le cadre de ces Etats généraux de la santé, le financement de la radiologie soit revu, de manière à garantir un accès à des équipements modernes sur tout le territoire.

Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?

Mon programme prévoit une forte réduction des contraintes administratives qui pèsent sur les professionnels de santé en général, et médecins libéraux en particulier. Je ne pense pas qu'il soit pertinent de dissocier le statut des cabinets de radiologie de celui des autres médecins. S'agissant des seuils sociaux, je ne veux pas non plus faire de régime dérogatoire à la règle générale applicable aux entreprises.

S'agissant des réglementations qui pèsent spécifiquement sur la radiologie, si vous sous-entendez les règles relatives à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants (port et contrôle des dosimètres, etc.), je ne suis pas non plus favorable à l'introduction de clauses dérogatoires pour la radiologie, ni d'ailleurs à un allègement de ces contrôles.

En résumé, je compte faire en sorte d'assouplir et d'alléger autant que faire se peut les contraintes administratives qui pèsent sur les cabinets médicaux (par exemple grâce à la fusion des régimes d'assurance maladie), mais je ne veux pas, comme on l'a trop souvent fait en France, accorder de régime spécifique, à la radiologie ou à qui que ce soit d'autre.

Etes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de réattribution des économies réalisées grâce à la substitution ?

Naturellement, les économies qui pourront être réalisées sur les dépenses d'assurance maladie dans un domaine viendront compenser les inévitables augmentations de coûts dans les autres. Par exemple s'agissant de la radiologie, comme je compte augmenter le nombre d'équipements disponibles, il est prévisible qu'il y aura une augmentation des coûts de radiodiagnostic. Et, comme vous le mentionnez, il est également probable qu'il y aura une réduction des coûts de certaines interventions chirurgicales (surtout si on y inclut les complications et soins post-opératoires) grâce à l'augmentation (qu'il faut encourager) de la radiologie interventionnelle.

Pour autant, on ne peut pas raisonner en attribuant la totalité des économies réalisées par la radiologie interventionnelle au radiodiagnostic ni même à la radiologie en général, car il s'agit de questions différentes, et parce que cela entraînerait des complexités insurmontables et des querelles entre spécialités.

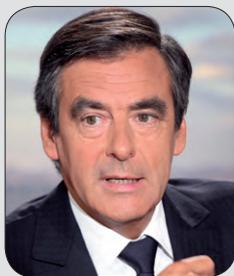
Cela aurait également des effets pervers qui pourraient aller à l'encontre de l'intérêt des radiologues, qui pourraient se voir déposséder progressivement de leur activité interventionnelle... Il suffit pour s'en convaincre de regarder le cas de la cardiologie : Là où, dans les autres spécialités, la radiologie interventionnelle est réalisée par des radiologues, l'essentiel des interventions en cardiologie est réalisée par des cardiologues, qui appellent cela « cardiologie interventionnelle ».

Naturellement, les économies réalisées par la « cardiologie interventionnelle » auront vocation à revenir à la cardiologie, si on suit la logique d'une réattribution des budgets à la spécialité qui a fait les économies...

Dès lors, si le fait de laisser les radiologues développer les activités interventionnelles entraînerait automatiquement une réduction des budgets de médecine et de chirurgie d'organe, on verrait les neurologues, ou les gastro-entérologues, se former, comme l'ont fait les cardiologues, à réaliser eux-mêmes les interventions. Ce type de dispositif conduirait donc à priver les radiologues d'une grosse partie de leur activité, au profit d'une « neurologie interventionnelle », d'une « gastro-entérologie interventionnelle ». ■



Réponse de **François FILLON**



Êtes-vous favorable à des vraies coopérations ou partenariat public / privé en imagerie et, là où c'est nécessaire, à la création de Plateaux Mutualisés d'Imagerie ?

J'en suis profondément convaincu. J'encourage, comme vous le savez, globalement le déblocage des coopérations entre le public et le privé pour permettre la modernisation de notre système de santé et renforcer la qualité et la sécurité des soins. Il faut impérativement sortir de la logique de cloisonnement et de fermeture qui a prévalu depuis 2012.

Les Plateaux mutualisés d'imagerie doivent, dans cet esprit, être considérés comme un outil précieux et utile pour atteindre cet objectif et non comme une finalité en soi. Ces plateaux ont, en particulier, vocation à renforcer l'accessibilité de l'imagerie sur le territoire de la République en permettant de fédérer les énergies et les moyens tout en permettant naturellement de remplir les obligations du service public.

Cet esprit d'ouverture et de coopérations fonde ma proposition de transformer les actuels groupements hospitaliers de territoire (GHT) en groupements de santé de territoire (GST) afin que les professionnels libéraux et les établissements privés puissent y trouver toute leur place.

Êtes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes – scanner, IRM, TEP-scan, TEP-IRM – qui ne soit pas financé es tarifaires ?

Tout à fait. C'est une des erreurs lourdes de la politique menée depuis 2012 que d'avoir fait porter l'essentiel de l'ajustement budgétaire sur les dépenses d'avenir comme l'investissement. Je veux rompre avec cette logique qui menace l'avenir de notre système de santé comme l'a d'ailleurs montré la Cour des comptes dans ses travaux récents sur l'imagerie.

Êtes-vous favorable à rendre opposable la Charte de la téléradiologie ?

Je propose, comme vous le savez, un déverrouillage du modèle économique des activités de télé-médecine, téléconsultation et téléexpertise. La téléradiologie, dont nous connaissons tout l'intérêt notamment en terme d'accessibilité des soins, trouvera donc, enfin, un modèle économique stable et lisible pour se développer.

Une charte obligatoire est une garantie de qualité et permettra effectivement d'éviter tous risques de dérives : un acte de téléradiologie est, en effet, un acte médical qui doit répondre à un cadre juridique et déontologie précis et permettre une rémunération adaptée. Le fait que la Charte de la téléradiologie ait été élaborée par le Conseil Professionnel de la Radiologie qui regroupe l'ensemble des radiologues, universitaires, hospitaliers et de ville illustre votre défense d'un exercice médical de haute qualité.

Êtes-vous favorable à l'abrogation de l'article 99 de la LFSS pour 2017 ?

Êtes-vous favorable à une stabilisation des tarifs d'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres techniques de pointe ?

Nous ne pouvons donc plus nous permettre de pratiquer, comme ce fut le cas depuis 2012, une politique du rabaud budgétaire qui empêche toute stratégie d'investissement et d'innovation des professionnels. C'est pourquoi, je propose, tout à l'inverse, une stratégie globale de retour à l'équilibre de l'assurance-maladie reposant, sur la durée du quinquennat à venir, sur 20 Md€ d'économies lisibles et documentées. Et je conduirai une rupture majeure dans la conduite du changement en conduisant les réformes nécessaires avec les professionnels et non pas contre eux.

Êtes-vous favorable à une adaptation à l'activité des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?

Je suis globalement pour une rupture très franche avec la bureaucratisation et la centralisation massives qui ont prévalu depuis 2012. Je conduirai un programme fort de simplification administrative pour encourager les innovations, libérer les initiatives et permettre de retrouver des marges de temps médical disponible. Cette démarche d'ensemble trouvera naturellement à s'appliquer en imagerie et je compte beaucoup sur le dialogue avec la FNMR pour m'aider à identifier les simplifications les plus urgentes à mettre en œuvre.

Êtes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de réattribution des économies réalisées grâce à la substitution ?

Je comprends l'intention poursuivie visant à intéresser davantage l'ensemble des acteurs – en ville ou à l'hôpital – à la réalisation de gains d'efficacité à obtenir, en particulier, par une meilleure coordination des parcours de prise en charge des patients. Cet objectif général me semble très vertueux. Nous aurons à échanger avec l'ensemble des acteurs pour en définir les modalités pratiques d'application. Cela pourra être un des sujets des Etats généraux de la santé que je me suis engagé à organiser avant la fin de l'année 2017. ■



Êtes-vous favorable à de vraies coopérations ou partenariat public / privé en matière d'imagerie et là où c'est nécessaire à la création de plateaux technique mutualisés d'imagerie

Sur le principe il est évident que nul ne peut s'opposer à ce type de coopération qui mutualise le coût des équipements, augmente leur taux d'utilisation, baisse d'autant les coûts fixes et favorise la coordination Ville / Hôpital.

Les informations en notre possession montrent que de telles formules se développent, notamment en province, en général à la satisfaction générale. Le dernier apport de la Cour des comptes se montre d'ailleurs très

favorable au développement de tels « plateaux techniques mutualisés ».

Reste, et c'est sans doute le plus difficile à définir, les conditions sinon de ces « mariages » du moins de ces « cohabitations ». En respectant les besoins et les attentes des divers partenaires.

Benoît Hamon ne peut que souhaiter que ce soit le cas pour que ces coopérations se développent pour le bénéfice à la fois des patients et de notre système de santé et de protection sociale.

Êtes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes (Scanners, IRM, TEP-Scan, TEP-IRM) qui ne soit pas financé par des baisses tarifaires.

L'activité d'imagerie moderne se développe de façon continue et rapide. Notre retard initial en terme de nombre d'appareils/habitant se comble peu à peu. En contrepartie notre parc est plus jeune et donc plus productif et d'ailleurs plus intensément utilisé que chez nos voisins.

Nous pouvons aisément comprendre que votre profession, pas plus qu'aucune autre, ne souhaite de baisse de tarif. Mais on peut légitimement penser que dans votre champ d'activité les progrès de la technologie et l'augmentation mondiale rapide et continue du parc d'appareils entraînent de façon non moins rapide et continue des baisses de coûts et/ou des gains de productivité.

Historiquement les prix d'entrée de nouvelles technologies étaient fixés assez haut puis l'inflation grignotait progressivement ces tarifs pour en permettre la diffusion. Aujourd'hui l'inflation est à son plus bas niveau, il est donc logique du point de vue des financeurs (les RO) d'espérer une baisse des prix qui compense, en partie du moins, l'augmentation des volumes. Vous dites qu'un certain nombre de centres de radiologie sont en déficit. Avouez cependant que si ces appareillages lourds et coûteux étaient structurellement déficitaires il est probable que l'on ne se disputerait pas avec autant d'acharnement pour « bénéficier » d'autorisations supplémentaires.

Par ailleurs, les jeunes internes ne s'y trompent pas quand ils font de la radiologie une des spécialités les plus prisées lors des ECN. Il est vrai que malgré les « difficultés financières » dont vous faites état avec 189 770 €/an de moyenne en 2011 votre spécialité est tout à fait en haut de l'échelle des rémunérations des médecins libéraux. Et que d'ailleurs il semble que cette attractivité, pas que financière mais aussi financière, explique qu'un nombre important de radiologues hospitaliers se dirigent vers l'exercice libéral...

Les radiologues sont connus pour être d'excellents gestionnaires de leurs « entreprises médicales » et c'est tant mieux. Aussi, en tant que « cotisants » et que, parfois, utilisateurs de notre système de santé ils ne peuvent pas reprocher aux Caisses de chercher à gérer au mieux les ressources importantes mais contraintes dont ils disposent, et donc à arbitrer entre des demandes, légitimes mais aussi concurrentes.

Lorsque l'on regarde l'évolution des dépenses médicales ambulatoires on constate d'ailleurs, mais vous le savez bien, la part croissante qu'y occupe l'imagerie.

Êtes-vous favorable à rendre opposable la « Charte de la téléradiologie » ?

La campagne présidentielle n'a pas vocation à entrer dans le détail mais de fixer les grands axes de la politique nationale pour les 5 ans à venir.

Aussi faute de l'avoir analysée dans le détail de cette Charte nous ne pouvons nous exprimer que sur le principe que vous nous exposez.

Parmi les propositions santé de Benoît Hamon figure le soutien au développement de la « télémédecine ». Un domaine appelé inéluctablement à avoir une place croissante notamment dans des domaines tels que le votre qui se prête,

plus encore que d'autres, aux transferts d'informations et à leur traitement à distance. On voit bien tous les avantages que cela peut-apporter tant aux patients qu'à notre système de soins.

Comme vous nous pensons qu'il faut éviter le risque de dérive mercantile « low cost » mais aussi, de ce fait, souvent, « low quality ». Nous ne pouvons pas envisager que la recherche d'un peu plus de profit fasse disparaître le contact direct et l'indispensable dialogue entre le clinicien prescripteur et le radiologue, à partir de l'histoire et de la symptomatologie du patient. Qui doit rester la priorité.

Dans ce domaine, encore plus qu'ailleurs, Benoît Hamon attachera une attention toute particulière à ce que les données personnelles de santé ne puissent être ni utilisées ni moins encore « revendues » à l'insu des patients.

Si comme on peut le penser cette charte s'inscrit dans ces principes, et sous réserve d'une relecture ultérieure et de l'expertise de l'HAS, on ne voit pas ce qui s'opposerait à rendre cette Charte opposable.

Êtes-vous favorable à la reconnaissance d'une charte de qualité initiée par la profession et certifiée par un organisme officiel indépendant ?

On ne peut que se féliciter, et féliciter votre profession, de cette volonté de s'engager, de sa propre initiative, dans une démarche rigoureuse de qualité.

Comme vous le savez Benoît Hamon est particulièrement vigilant à éviter tous conflits d'intérêt, qu'ils soient individuels ou collectifs. La certification de cette démarche par un « organisme officiel indépendant », à définir, est donc un élément clef de la crédibilité de cette charte de qualité.

Êtes-vous favorable à l'abrogation de l'Art 99 de la LFSS 2017 ?

Les équipements lourds sont, en dernière analyse, intégralement financés par les Caisses.

Tant dans l'investissement de départ que dans les coûts induits par leur utilisation.

Il n'est donc pas illogique qu'après discussion au sein d'une commission dans laquelle les diverses catégories de professionnels impliqués sont très bien représentées la décision finale revienne au financeur.

D'autant plus que cette configuration vous garanti d'être présents dans cette Commission ce qui, à ce jour, ne serait pas le cas, faute de signature conventionnelle du syndicat auquel vous appartenez, si la tarification relevait du seul domaine conventionnel...

Êtes-vous favorable à la stabilisation des tarifs de l'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres d'imagerie de pointe ?

Il faut effectivement tout à la fois maintenir une imagerie conventionnelle de proximité accessible partout et pour tous et des centres d'imagerie de pointe nécessairement plus concentrés. Et que, dans le respect des incontournables contraintes financières, les tarifs (et les volumes..) permettent de tenir ces deux objectifs.

La définition d'un juste équilibre entre les deux n'est pas simple et il n'est pas sûr que l'arbitrage de la CNAM dont, sur la longue période, l'imagerie n'a pas eu à se plaindre, ne soit pas préférable pour l'unité de votre profession.

Êtes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?

S'il s'agit de simplification administrative et de la suppression de contraintes inutiles qui pourrait être contre ?

Par contre permettez-nous de ne pas vous suivre dans votre désir de toucher aux « seuils sociaux ». Ceux-ci sont porteurs de droits accrus, légitimes, pour vos personnels. Des personnels qui sont un élément important de la qualité du service médical rendu et de l'accueil des usagers.

Êtes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de ré-attribution des économies réalisées grâce à la substitution ?

Il n'est pas certain que votre profession ait réellement avantage à se référer au principe de « fongibilité » que vous mettez en avant.

Si fongibilité il devait y avoir les spécialités médicales essentiellement « cliniques » (la pédiatrie par exemple) tout aussi « utiles » que ne le sont celles qui sont essentiellement « techniques » pourraient, à bon droit, s'appuyer sur ce même principe pour revendiquer un rééquilibrage tarifaire en leur faveur, afin de réduire les déséquilibres croissants entre les revenus des diverses spécialités. A vous de voir. ■



Réponse de **Marine LE PEN**



MARINE
Présidente

J'ai pris connaissance avec attention de votre livre blanc et de vos interrogations relatives à l'imagerie médicale, auxquelles vous trouverez mes réponses ci-après. Sachez que je suis très attachée à ce que tous les Français aient accès à des soins, sur tout le territoire de la République.

Êtes-vous favorable à des vraies coopérations ou partenariat public / privé en imagerie et, là où c'est nécessaire, à la création de Plateaux Mutualisés d'Imagerie ?

Considérant que la grande majorité des médecins spécialistes en radiologie et imagerie médicale sont dans le secteur libéral et, pour la grande majorité d'entre eux, en secteur 1, je suis très favorable à encourager les coopérations prévues à l'article L 6122-15 du Code de la santé publique favorisant la création de plateaux d'imagerie mutualisés. Ces coopérations peuvent s'entendre sous différentes formes ; à mon sens, la plus à même de garantir un fonctionnement optimal de ces structures étant un partenariat public-privé paritaire.

Êtes-vous favorable à un plan de développement des équipements modernes (Scanners, IRM, TEP-Scan, TEP-IRM) qui ne soit pas financé par des baisses tarifaires.

L'accès pour nos compatriotes à des moyens modernes de diagnostic et traitement guidés, tels qu'ils sont recommandés par les sociétés scientifiques internationales et par les plans cancers successifs, doit être garanti et financé, notamment pour tous les équipements soumis à autorisation, par une garantie d'opposabilité de l'autorisation pour la durée de l'amortissement des équipements. Le progrès en imagerie ne sera donc pas financé par des baisses tarifaires.

Je veux par ailleurs encourager la recherche publique dans le domaine des traitements interventionnels qui contribuent au développement des soins ambulatoires et revaloriser ces tarifs à la mesure de l'amélioration de soins qu'ils procurent.

Êtes-vous favorable à rendre opposable la « Charte de la téléradiologie » ?

Garantir aux patients sur tout le territoire un accès égal à un avis spécialisé de haut niveau est un engagement fort de ma campagne pour une justice sociale. Bien qu'il faille faire face à l'urgence du manque de médecins, de manière générale, mais également dans votre spécialité, il m'apparaît essentiel de ne pas considérer la téléradiologie comme une alternative, mais bien comme un complément.

Par conséquent, cette offre doit être encadrée, et le modèle de charte que le conseil professionnel de la radiologie a mis en place avec le soutien du Conseil national de l'Ordre des médecins, garantissant la lecture d'examen d'imagerie par des médecins formés conformément aux standards de qualité français me paraît essentiel. Cette charte, à mon sens, doit donc être opposable à toute activité de téléradiologie.

Êtes-vous favorable à la reconnaissance d'une charte de qualité initiée par la profession et certifiée par un organisme officiel indépendant ?

Toute démarche de développement de qualité doit certainement être initiée par les professionnels au plus haut niveau et bénéficier ensuite de tout le support de l'État pour la mise en place de critères de certification indépendants.

Êtes-vous favorable à la stabilisation des tarifs de l'imagerie médicale afin de maintenir un maillage territorial et des centres d'imagerie de pointe ?

L'imagerie médicale a, pendant de nombreuses années, accompagné les mesures d'économies en santé. Cet accompagnement médicalisé a permis des économies conséquentes qui font de la spécialité d'imagerie médicale un modèle de responsabilité. Il me paraît dès lors navrant qu'un article rompant le principe d'une négociation conventionnelle ait pu être voté à l'encontre des seules spécialités d'imagerie médicale ; je m'engage à abroger l'article 99 introduit de la LFSS2017 et à garantir une stabilité des tarifs permettant l'opérabilité des équipements d'imagerie pour la durée de leur amortissement, ainsi que la consolidation du maillage territorial.

Êtes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations afin de les alléger ?

La spécialité d'imagerie médicale est exposée à des contraintes importantes en matière de réglementation technologique, de protection des patients contre les rayonnements, de contrôle divers. Il me paraît dès lors essentiel de favoriser la mutualisation des moyens. Une telle mutualisation, au vu des structures actuellement en place, ne me paraît pas devoir poser problème quant à l'atteinte de seuils sociaux.

Êtes-vous favorable à la fongibilité des enveloppes et au principe de ré-attribution des économies réalisées grâce à la substitution ?

Je suis en faveur d'une stabilité tarifaire permettant de garantir l'opérabilité des équipements. Une approche similaire est envisageable pour les tarifs médicaux. Je considère que dans la mesure où votre spécialité assume des transferts d'indications et démontre que de tels transferts s'opèrent de manière efficace, tout devrait être fait pour accompagner cette démarche qualitative. De plus, dans le cadre d'une telle substitution, les économies apportées par la réalisation d'actes plus performants ou moins invasifs, mais nécessairement plus économiques, doivent être réattribuées majoritairement vers les professionnels qui favorisent ou accompagnent une telle démarche. Une fongibilité des enveloppes financières entre la ville et l'hôpital dans le cadre de coopérations fonctionnelles et équilibrées entre des partenaires publics et privés s'engageant dans une telle démarche devrait donc être mise en place. ■



Réponse d'Emmanuel MACRON



En Marche !

Nous avons pris connaissance de votre lettre du 20 février dernier par laquelle vous questionnez les candidats à l'élection présidentielle sur leur projet en matière de santé, particulièrement en ce qui concerne l'avenir de la radiologie.

La santé est un droit fondamental. Notre système doit permettre à chacun d'accéder, en temps utile, à des soins de qualité et à un coût abordable. Face aux défis majeurs qui s'annoncent – le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques ou l'évolution vers des soins plus ciblés mais plus onéreux – nous

avons fait de la santé l'une des priorités de notre programme.

Nous entendons tout d'abord renforcer la prévention pour en faire un pilier de notre système de santé et nous donner enfin les moyens de financer cet effort, dans la durée. À ce titre, l'imagerie médicale occupera toujours une place importante au sein de notre système.

Notre projet vise également à valoriser l'innovation, les nouvelles thérapeutiques comme les nouvelles organisations. La télémédecine – y compris la téléradiologie – et les services numériques doivent être promus lorsqu'ils offrent une plus grande flexibilité et un meilleur suivi. Cela implique d'accélérer la mise sur le marché et de rémunérer justement les dispositifs médicaux quand ils sont porteurs d'innovations pertinentes.

Nous situerons l'objectif de dépenses de santé dans un cadre pluriannuel afin d'éviter les économies de court terme. C'est dans cet esprit, que nous prévoyons un grand plan d'investissement de 5 Md€ qui comprendra un large volet numérique et permettra d'accompagner la transformation des organisations.

Nous voulons également que la France devienne leader dans les nouvelles technologies d'imagerie médicale. Nous pérenniserons et simplifierons l'accès aux principales aides à l'innovation, comme le Crédit Impôt Recherche et le dispositif Jeunes Entreprises Innovantes. Par ailleurs, nous ouvrirons davantage les données de santé et inciterons la recherche collaborative pour multiplier les interactions en les sphères privée et publique.

L'ensemble de ces mesures permettra à la France de renforcer l'excellence de son système de santé, de simplifier le quotidien des praticiens et de stimuler notre industrie. ■



Réponse de Jean-Luc MÉLENCHON



**La France
insoumise**
jlm2017.fr

Madame, Monsieur,

La santé doit constituer un des sujets majeurs de cette campagne présidentielle à l'heure où notre système de santé se dégrade, où les méfaits des politiques passées se traduisent par une souffrance au travail inacceptable à l'hôpital tandis qu'un nombre croissant de Français renonce à se soigner pour raisons financières.

En ce sens, le délitement, progressif, invisible mais bien réel, de la solidarité et de l'égalité en santé est aussi un révélateur de la crise démocratique que traverse notre pays. La privatisation

rampante du financement de l'assurance-maladie comme la libéralisation de l'hôpital s'accommodent fort bien d'une « gouvernance », focalisée sur les objectifs budgétaires, verticale, autoritaire et technocratique.

Rompre avec ce cycle suppose **la mise en place d'un système de santé égalitaire et de haut niveau**, au service de l'ensemble des citoyens et qui ne favorise plus certains intérêts privés comme c'est le cas aujourd'hui.

Avant toute chose, si nous voulons renforcer le caractère égalitaire de notre système de santé et garantir à tous l'accès aux soins, il est primordial de remettre en cause la dyarchie Assurance maladie / Complémentaires santé.

Ce dispositif, qui, nous le rappelons, est une spécificité française – spécificité est source de coûts, entre 7 et 10 Mds € par an, et d'inégalités. Inégalités en matière de financement car les primes payées par les assurés à leurs complémentaires sont le plus souvent forfaitaires alors que les cotisations de l'assurance maladie sont proportionnelles aux salaires, sans compter le fait qu'une part importante des complémentaires fixent leurs tarifs en fonction de l'âge et des charges de famille.

Inégalités aussi selon le statut, les salariés des grandes entreprises bénéficiant de conditions plus favorables que les non-salariés qui payent plus cher pour une couverture inférieure. A tous ces défauts s'ajoute le fait que 8% des dépenses de soins restent à la charge des usagers.

S'agissant de **la médecine de ville**, qui ne se résume pas au seul exercice dit libéral de la médecine, une révolution de son organisation est nécessaire.

Il suffit de rappeler sur ce point qu'à l'heure de la célébration du « virage ambulatoire », nous sommes en train d'assister à une baisse de la prise en charge de la population par les médecins généralistes, qui, moins nombreux, décident, et fort légitimement, de réduire leur temps de travail.

En outre, on ne peut se satisfaire de la situation actuelle avec des déserts médicaux qui se multiplient, un nombre de plus en plus important de professionnels qui pratiquent des dépassements d'honoraires et un mode d'exercice solitaire reposant sur le paiement à l'acte, qui n'est pas adapté à la transition épidémiologique que nous connaissons.

C'est pourquoi nous proposons **la création massive de centres de santé pluridisciplinaires**. Le regroupement de médecins de même spécialité, notamment nécessitant du matériel coûteux, comme c'est votre cas, doit également être encouragé.

Il est aussi nécessaire que la répartition territoriale des médecins corresponde aux besoins de la population. Il faut prendre acte de l'échec des mesures incitatives pour corriger les déséquilibres territoriaux, renforcés par la déshérence de la politique d'aménagement du territoire : comment en vouloir à des médecins ne pas vouloir venir s'installer dans des zones où il n'y a plus d'école ni de services publics ?

Cela doit donc se faire en bonne intelligence, en informant notamment très tôt dans leur cursus, les futurs médecins, de leur zone de première installation et en demandant aux médecins exerçant à proximité d'un désert médical, d'effectuer un certain nombre de consultations dans ces zones. La rémunération

des professionnels de santé doit aussi évoluer, il faut en finir avec le paiement à l'acte et lui substituer un paiement fondé sur un mix forfaits/capitation. Il convient aussi de décroiser la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Concernant l'hôpital justement, cette meilleure organisation de la médecine de ville en amont rejaillira positivement en déchargeant par exemple les services d'urgences qui doivent aujourd'hui pallier l'insuffisance de l'offre de médecine de ville ou encore les consultations externes.

La crise de **l'hôpital** vient du fait que cette composante publique de notre offre de soins, qui, rappelons-le, est pour moitié privée, est désormais devenue le lieu d'ajustement de tous les dysfonctionnements de l'amont et de l'aval. Le paradoxe est donc qu'on réduit les budgets des hôpitaux alors même qu'ils doivent prendre en charge davantage de patients.

Concernant la fixation des tarifs, ils ne peuvent être issus de seules discussions catégorielles, mais ils doivent être l'objet d'échanges entre les professionnels et l'assurance maladie. L'évolution des modalités de paiement (voir plus haut) est une réponse à cette question de la juste rémunération des professionnels. En conclusion, notre système de santé doit être réformé en adaptant ses valeurs et principes historiques, aux défis du temps : l'épidémie de maladies chroniques, qui est un problème tant sur le plan financier que sanitaire, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui, il faut le rappeler, sont parmi les plus importantes d'Europe.

Nous vous invitons également à retrouver l'ensemble du programme de la France insoumise, L'avenir en commun, sur le site <https://laec.fr/> ou en librairie et les livrets thématiques, notamment celui sur la santé ici : <https://avenirencommun.fr/le-livret-sante/> ■

Le programme santé des candidats

Nous avons reproduit les réponses aux questions que nous avons posées aux candidats à l'élection présidentielle des 23 avril et 7 mai prochains. Nous avons voulu aussi présenter les points forts du volet santé des différents programmes soumis au vote des Français. Leur présentation est très différente d'un candidat à l'autre. Certains ont dressé un constat du système de soins Français et développé ensuite leurs propositions. D'autres ont essentiellement présentées leurs propositions. Nous avons sélectionné celles qui paraissent les plus importantes dans leur programme. Pour connaître l'ensemble de leur projet santé, nous vous invitons à vous référer au site Internet de chaque candidat.

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Nathalie ARTHAUD



Nathalie Arthaud ne présente pas à proprement parler un programme présidentiel. Elle profite de la campagne pour médiatiser certaines orientations de son parti.

En matière de santé, son programme repose avant tout sur une critique radicale du système actuel qui est dans un état déplorable. Pour elle, la solution est de prendre sur les profits des grands groupes industriels et pharmaceutiques pour assurer une médecine gratuite pour tous.

Depuis 20 ans, les attaques se sont succédées contre les hôpitaux publics, contre le droit à se faire soigner, avec le déremboursement de plus en plus massif des médicaments et des soins. Parallèlement, les entreprises de ce secteur s'enrichissent. Sans oublier les compagnies d'assurance et les banques, qui ont fait fructifier les intérêts des emprunts forcés des hôpitaux et de la Sécurité sociale.

Les différents gouvernements ont tous appliqué une politique de fermeture des maternités, des hôpitaux de proximité, des services d'urgence, etc. Ils ont réduit les taux de remboursement, mis en œuvre la T2A et mis les hôpitaux en faillite justifiant les baisses d'effectifs. Les plans de retour à l'équilibre ont accéléré la mise en crise des hôpitaux. Les partenariats public-privé ont organisé le pillage des hôpitaux, en particulier par les

grands trusts du bâtiment. Le bilan est qu'il manque partout de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'agents hospitaliers.

La santé est un droit pour tous. L'accès aux soins ne doit pas être soumis aux lois du marché ni conditionné par les revenus. La collectivité doit assurer la gratuité de tous les soins.

➔ Site Internet : <http://www.nathalie-arthaud.info/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

François ASSELINEAU



#FREXIT
#ASSELINEAU2017

Garantir la santé pour tous

François Asselineau entend confirmer solennellement le rôle central de la sécurité sociale pour assurer la justice sociale entre les citoyens Français.

La Sécurité sociale, instituée par les ordonnances de 1945, reste pour le peuple français l'une des très grandes conquêtes de la Libération. Elle est l'objet d'un immense consensus dans la société française. Et pourtant, ce consensus ne cesse d'être remis en cause par les directives européennes en tout genre.

Pour François Asselineau, il est temps d'arrêter cette dérive qui conduit tout droit vers une intolérable société à l'américaine (aux États-Unis, 50 millions de

personnes, soit plus de 15 % de la population totale, n'ont aucune couverture sociale).

Pour refuser ce type de société inégalitaire, insupportable à une écrasante majorité de Français, il veut réaffirmer le rôle de la Sécurité sociale, préserver son avenir et mettre un terme aux campagnes constantes de dénigrement dont elle est l'objet.

- Arrêter les déremboursements de médicaments imposés par l'Union européenne.
- Assurer un meilleur remboursement des frais de santé pour tous les Français, notamment les soins oculaires et dentaires.
- Réévaluer les salaires du personnel des hôpitaux de l'Assistance publique.
- Geler immédiatement le plan de suppression et de regroupement des établissements hospitaliers.

François Asselineau veut aussi engager des poursuites judiciaires contre les officines et sociétés orchestrant des grandes peurs collectives à des fins d'extorsion de fonds publics (pseudo-pandémies de grippe aviaire et de grippe porcine par exemple).

Lancer une grande politique publique de médecines douces et alternatives, encadrée par des expertises médicales incontestables, afin d'offrir une médecine moins uniquement dépendante des grands laboratoires pharmaceutiques.

➔ Site Internet : <https://www.upr.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Jacques CHEMINADE



CHEMINADE 2017

Arrêter la privatisation de la santé publique. Faire de

la prévention massive et du respect de chaque malade une priorité absolue.

I. Sauver la Sécurité sociale

La politique du médicament doit économiser entre six et dix milliards d'euros. Pour cela, il faut stopper les autorisations visant à contourner les génériques, contrôler les prix des molécules innovantes, changer le mode de rémunération des pharmaciens, etc.

La création d'une assurance maladie universelle conduira à une sécurité sociale, payeur unique. Le ticket modérateur est supprimé ainsi que le forfait 18€ et toute autre franchise. Les dépassements ne seront pas pris en charge par le nouveau système. Pour responsabiliser l'assuré, il lui sera prélevé 5€ s'il n'honore pas ses rendez-vous sans s'être décommandé. Les tarifs des professionnels doivent être revalorisés.

La prévention doit devenir une priorité absolue. Elle nécessite une éducation de la population dans les domaines sanitaire et alimentaire. Elle doit aussi comprendre des mesures comme le remboursement à 100% des soins dentaires, d'optique ou auditifs.

Il faut accroître le nombre de scanners et d'IRM pour, au moins, combler le retard vis-à-vis des pays européens et encourager la télémédecine pour une meilleure collaboration entre professionnels.

II. Sauver l'hôpital public

Sauver l'hôpital implique l'abandon de la T2A au profit d'une rémunération à la pathologie et à la performance avec une fourchette de flexibilité de 20%. D'autres mesures seront prises comme la promotion de l'innovation avec le développement de l'ambulatorio, la multiplication des robots chirurgiens et la recherche sur les biotechnologies.

Il sera créé une consultation de médecine générale auprès de chaque service d'urgences.

III. Former des médecins et des infirmiers en nombre suffisant et dignement rémunérés

Il faut augmenter le nombre de médecins formés. La médecine générale doit retrouver son attractivité : consultation à 30€, majoration des visites, paiement complémentaire en fonction du nombre de patients, introduction d'un forfait fonction de la gravité de la pathologie du patient.

IV. Coordonner les moyens et les fonctions pour mieux soigner partout

Une meilleure coordination entre les lits d'aigu et ceux

de soins de suite permettra de concentrer les moyens et les personnels dans des pôles technologiques tout en garantissant un accueil de proximité.

➔ Site Internet : <http://www.cheminade2017.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Nicolas DUPONT-AIGNAN



Nicolas Dupont-Aignan veut créer un système unique.

Assurer une offre de soins de proximité à tous les Français

Pour cela, Nicolas Dupont-Aignan propose d'augmenter le numerus clausus des médecins et de mettre en place des agréments stricts pour les médecins étrangers. Pour les médecins installés dans un désert médical, les cotisations URSSAF seront diminuées. Les maisons de santé seront mieux réparties sur le territoire sans créer de déséquilibres. Des délégations de compétences seront développées. Les tarifs de remboursements des actes les plus lourds seront relevés.

Améliorer la qualité des soins et la prévention

Un nouveau modèle de santé préventif doit être mis en place s'appuyant sur les nouvelles technologies. Il comprend des cours de santé/bien être dispensés au collège, des campagnes de prévention sur l'alimentation et la médication. Enfin, un bilan de santé régulier gratuit pour chaque Français âgé de plus de 40 ans sera effectué.

Garantir l'égalité entre les Français devant la santé dans des conditions de financement public maîtrisées

Des Etats généraux de la santé réuniront tous les professionnels concernés pour bâtir un régime de Sécurité sociale unique. Il assurera le remboursement des soins

dentaires de base et 100% pour les prothèses dentaires, les lunettes et une prothèse auditive. Un délai de carence de 5 ans sera instauré pour la protection médicale universelle (ex-CMU).

Améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé

Il sera mis fin à l'obligation de tiers-payant généralisé. La consultation des généralistes sera relevée à 35€. Les tâches administratives des médecins devront être simplifiées et dématérialisées. La progression de l'ONDAM devra être raisonnable autour de 2,5%. L'organisation de l'hôpital public sera revue, et le choix d'exclure les libéraux des structures de prise en charge des patients sera abandonné. L'hospitalisation privée sera défendue car la diversité stimule l'innovation et le dynamisme.

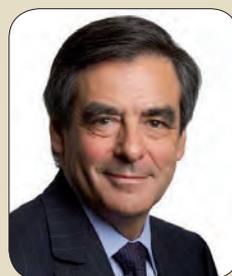
Inverser le rapport de force avec les laboratoires pharmaceutiques

Plusieurs mesures concernent le médicament, par exemple l'introduction de critères sur la constitution des prix des médicaments, le développement des génériques,... Une partie de la production sera relocalisée en France.

➔ Site Internet : <http://www.nda-2017.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

François FILLON



Mieux soigner, mieux rembourser, tel est la ligne directrice de François Fillon.

Mieux Prévenir

François Fillon prévoit de lancer un grand plan santé à

l'école reposant sur l'éducation à la santé des enfants et la prévention des addictions. Une consultation de prévention sera remboursée tous les deux ans.

Mieux organiser pour mieux soigner

François Fillon envisage de revoir les formations et la sélection, pour tenir compte des nouveaux besoins de santé publique, de la répartition territoriale et des nouvelles technologies.

Il entend développer les maisons médicales et les structures d'urgences pour les premiers soins.

Il veut assurer une offre de téléconsultation sur tout le territoire d'ici 5 ans et un remboursement incitatif des actes de télémédecine.

Une meilleure coordination entre médecin hospitalière, libérale et structures médico-sociales permettra de développer les « parcours de soins ». L'offre hospitalière sera recomposée dans une logique d'amélioration de la qualité des soins.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) seront transformés en groupements de santé de territoire (GST) pour les ouvrir au maximum aux cliniques privées et aux médecins libéraux et faciliter la coopération de tous les professionnels de santé.

Le tiers payant obligatoire sera abrogé.

Mieux rembourser

François Fillon propose le remboursement à 100% des lunettes pour les enfants. D'ici 2022, il vise un « reste à charge » zéro pour les dépenses d'optique pour les adultes, de prothèses dentaires, d'audioprothèses et les dépassements d'honoraires.

Mieux gérer pour garantir l'avenir de l'assurance maladie

Les comptes de l'assurance maladie seront ramenés à l'équilibre d'ici 2022 (20 Mds€ d'économies). L'aide médicale d'Etat (AME) sera supprimée sauf cas d'urgence ou de maladies graves ou contagieuses (dispense de frais contrôlée).

La santé : facteur de souveraineté et de croissance

La création de partenariats publics-privés sera facilitée pour donner naissance à des entreprises innovantes. Un « Contrat de mandature » avec les industriels de santé sera instauré pour leur donner la visibilité nécessaire.

➔ Site Internet : <https://www.fillon2017.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Benoît HAMON



#HAMON
2017

Benoît Hamon veut construire un environnement plus sain pour nous-mêmes et pour les générations futures ce qui mettra fin au sacrifice de notre planète et de notre santé pour une croissance qui ne vient pas.

Différentes mesures concourront à créer un contexte favorable pour la santé. C'est le cas du revenu universel qui est un instrument de justice sociale favorisant l'égalité devant la santé. Plusieurs mesures environnementales contribueront aussi à un meilleur état sanitaire. Ainsi, une Grande Conférence Ecologie-Prévention-Santé lancera cette nouvelle politique. Parmi les mesures environnementales, la sortie du diesel d'ici 2015.

Lutte contre les déserts médicaux

Pour lutter contre les déserts médicaux, le conventionnement sera retiré aux médecins qui s'installent en zone surdotée. Les maisons de santé pluridisciplinaires rassemblant des médecins libéraux, appuyés pour les tâches administratives par un gestionnaire des fonctions support seront développées.

Équité des aides à l'accès aux complémentaires santé

Instauration d'un droit à la santé universel, indépendamment du statut professionnel ou personnel. Le revenu universel mettra fin aux inégalités des différentes catégories d'assurés (retraités, étudiants, chômeurs).

La prévention

Les moyens consacrés à la politique de répression de la consommation du cannabis qui a échoué doivent être consacrés à la prévention au cœur de la politique de santé publique. La prévention doit aussi être renforcée contre la consommation d'alcool.

Grand plan national sport et santé

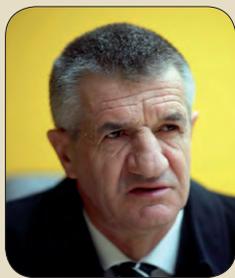
La Sécurité sociale pourra rembourser des activités sportives prescrites par un médecin pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

Reconnaissance du burnout comme maladie professionnelle

➔ Site Internet : <https://www.benoithamon2017.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Jean LASSALLE



JEAN LASSALLE

Le projet de Jean Lassalle, tel qu'il est présenté sur son site, n'aborde pas en tant que tel la santé.

Le sujet est évoqué incidemment à partir de la dette publique dont le candidat juge qu'elle prive de ressources certaines institutions comme l'hôpital. Il entend libérer l'Etat de l'emprise des banques qui financent les déficits publics à des taux d'intérêt élevés.

Il renvoie à son livre *Un berger à l'Élysée* qui formule des critiques sévères contre les politiques menées depuis des années et contre les Agences Régionales de Santé qui privilégient les grandes villes où elles sont implantées délaissant les villes moyennes et les campagnes.

Il dénonce également la situation des hôpitaux -il a été depuis trente ans président d'établissements hospitaliers- d'où les médecins disparaissent purement et simplement. Toujours à l'hôpital, pour lui, les infirmières sont sous-payées.

L'an passé, à l'Assemblée nationale, il s'était élevé contre les déremboursements de médicaments notamment pour des pathologies lourdes comme la maladie d'Alzheimer laissant les patients et leurs familles dans le désarroi

➔ Site Internet : <http://jeanlassalle2017.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Marine LE PEN



MARINE
Présidente

Marine Le Pen veut *Remettre la France en Ordre*. Pour cela, une de ses grandes orientations est : sauver la Sécurité sociale et garantir les retraites. Elle avance plusieurs propositions pour protéger à 100% la santé des Français.

- **Garantir la Sécurité sociale pour tous les Français ainsi que le remboursement de l'ensemble des risques.** Pérenniser son financement en simplifiant l'administration du système, en luttant contre la gabegie financière et en investissant dans les nouveaux outils numériques pour permettre des économies durables.
- **Relever le numerus clausus** d'accès aux études de santé pour éviter le recours massif aux médecins étrangers et permettre le remplacement des nombreux départs à la retraite prévus. Favoriser la coopération entre professionnels de santé.
- **Lutter contre les déserts médicaux** en instaurant un stage d'internat dans les zones concernées, en permettant aux médecins retraités d'y exercer avec des déductions de charges et en y développant les maisons de santé.
- **Maintenir au maximum les hôpitaux de proximité** et augmenter les effectifs de la fonction publique hospitalière.
- **Soutenir les startups françaises** pour moderniser le système de santé.
- **Réaliser des économies** en supprimant l'Aide Médicale d'État réservée aux clandestins, en luttant contre la fraude, en baissant le prix des médicaments coûteux, en développant la vente à l'unité des médicaments remboursables.

- **Protéger la complémentarité du double système de santé public et libéral.** Protéger le maillage territorial des acteurs indépendants de la santé (pharmacies, laboratoires d'analyses...).
- **Réorganiser et clarifier le rôle et les obligations des agences** de sécurité sanitaire et alimentaire et assurer leur indépendance.

➔ Site Internet : www.marine2017.fr

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Emmanuel MACRON



En Marche !

Pour Emmanuel Macron, l'enjeu en santé est triple :

Conduire la révolution de la prévention.

Il faut investir davantage pour prévenir plutôt que guérir.

- Financement des actions de prévention au titre des missions d'intérêt général dans les établissements de santé et des objectifs de performance pour tous les professionnels de santé libéraux.
- Service sanitaire de 3 mois pour tous les étudiants en santé : 40 000 interviendront dans les écoles, les entreprises, pour des actions de prévention.
- Evolution de la rémunération des médecins en ville afin de mieux valoriser les actions de prévention.

Accélérer la lutte contre les inégalités de santé.

Emmanuel Macron met l'accent sur la pertinence des soins et veut qu'aucun soin utile ne soit déremboursé pendant les 5 ans à venir. Lunettes, prothèses dentaires et d'audition seront pris en charge à 100% d'ici 2022.

Un tiers payant généralisable, et non pas généralisé, sera mis en place permettant aux professionnels d'en faire bénéficier leurs patients sans contrainte.

La lutte contre les déserts médicaux nécessite la formation de plus de praticiens et l'adaptation des capacités de formation aux besoins de santé des territoires.

Le nombre de maisons pluridisciplinaires sera doublé pour favoriser les regroupements de professionnels de santé. Il faut un déverrouillage massif de l'accès à la télémédecine, levier de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les personnes ayant été malades disposeront d'un droit à l'oubli renforcé.

Une aide financière sera accordée aux patients, associations, professionnels et établissements pour s'équiper en technologies numériques.

Un système de santé plus efficient.

La maîtrise de la progression des dépenses de santé suppose 15 milliards d'euros d'économies sur 5 ans. Les gains d'efficacité permettront de mieux valoriser les bonnes pratiques et d'investir pour innover.

Le système de santé doit être décloisonné avec une accélération du déploiement des groupements hospitaliers de territoires. Il faut aussi créer les conditions d'un meilleur dialogue avec le secteur privé, afin de faire vivre les projets de soins en fonction des besoins exprimés.

Les initiatives des professionnels de santé pour renforcer la coordination des soins seront soutenues. Les pratiques avancées seront développées.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie sera fixé à 5 ans. 5 milliards d'euros seront investis dans les soins primaires, l'innovation en santé, la télémédecine et l'hôpital de demain.

➔ Site Internet : <https://en-marche.fr/>

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Jean Luc MELENCHON



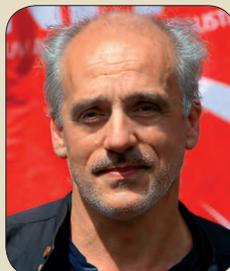
La France insoumise

jlm2017.fr

Le projet de Jean-Luc Mélenchon est de rendre au peuple son système de santé. Il s'appuie sur la cohérence des politiques économiques et sociales, environnementales et de santé.

ELECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

Philippe POUTOU



poutou2017

Priorité à la prévention

La prévention comprendra plusieurs mesures précises comme la réévaluation des substances chimiques utilisées, le refus des OGM et des pesticides nuisibles, la lutte contre les addictions et les maladies sexuellement transmissibles.

Toutes les lois devront intégrer un volet santé dans l'étude d'impact préalable. La santé publique sera une discipline majeure du cursus des futurs professionnels de santé.

Un système de soins complet et de qualité

La coopération doit remplacer la concurrence ce qui suppose :

- Un véritable service public de soins primaires et d'en finir avec la logique perverse de «l'hôpital-entreprise». Le statut de service public sera réservé aux établissements publics, tandis que les établissements privés à but non lucratif pourront y être associés. La tarification à l'activité sera réservée aux actes techniques. 62 500 soignants et médecins seront recrutés à l'hôpital.
- Le développement de centres de santé locaux et pluri-professionnels (2 000 dans un premier temps). Les professionnels y seront salariés.
- L'interdiction des dépassements d'honoraires qui s'inscrira dans une réforme plus profonde visant à réduire la place du paiement à l'acte.
- La création d'un corps de médecins généralistes.

Un système 100% solidaire

Le « 100 % Sécu » des soins prescrits (dont dentaire, optique et auditif) sera instauré avec une baisse des tarifs des lunettes et des appareils auditifs. Certains prix exorbitants seront renégo-ciés (laboratoires pharmaceutiques, optique, dentaire, audioprothèse, etc.). L'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) sera supprimé.

Un système de santé démocratique

Le Parlement votera une stratégie nationale de santé quinquennale qui définira les grandes orientations de santé publique et évaluera les moyens financiers pour les réaliser.

➔ Site Internet : www.jlm2017.fr/

Défendre et étendre la sécurité sociale

Pour Philippe Poutou, la Sécurité sociale étant financée par des cotisations sociales, elle devrait être exclusivement et démocratiquement gérée par les salariés et leurs représentants.

La Sécurité sociale, comme les autres services publics, doit garantir à chacun la gratuité des soins de santé et des médicaments prescrits et utiles. Mais ce n'est possible qu'en cessant le démantèlement et la privatisation des services publics voulus par les gouvernements successifs et l'Union européenne.

Philippe Poutou propose des mesures d'urgence pour l'hôpital.

La première consiste à abroger les contre-réformes qui détruisent l'hôpital et le transforment sur le modèle de l'entreprise capitaliste (réforme de la tarification hospitalière-T2A, loi Bachelot, loi Touraine). Il veut mettre fin à l'austérité budgétaire à l'hôpital.

120 000 emplois doivent être créés pour maintenir des établissements de proximité, comprenant au moins un service d'urgence, une maternité et un service de chirurgie, et créer des centres de santé publics ouverts 24/24h pour la médecine de proximité.

Partant du principe que la santé n'est pas une marchandise, les actionnaires des cliniques privées doivent être expropriés pour intégrer leurs établissements au service public de santé.

Les soins doivent être gratuits, en ville ou à l'hôpital, le remboursement être fait à 100 % par la Sécurité sociale. Les assurances « complémentaires santé » doivent être supprimées. Le tiers payant intégral doit éviter toute avance de frais. Les « franchises et forfaits », le « forfait hospitalier », et les dépassement d'honoraires doivent être interdits.

➔ Site Internet : <https://poutou2017.org/> ■



Les attentes des Français pour la santé

Pour la première fois depuis bien longtemps, la santé est présente dans le débat de l'élection présidentielle de 2017. Les principaux candidats ont présenté des propositions qui ont quelques fois évoluées au fil du temps, et qui ont, selon eux, vocation à préserver, voire à sauver le système de santé Français.

Le 21 février dernier, la Mutualité Française a invité les candidats à présenter leur programme pour la santé. A cette occasion, elle a sollicité l'Institut Harris Interactive pour réaliser un sondage sur les attentes des Français en matière de santé, en leur demandant ce qu'ils attendaient de l'élection présidentielle dans ce domaine.

Enquête Harris Interactive

Réalisée en ligne du 30 janvier au 7 février 2017-02-24.

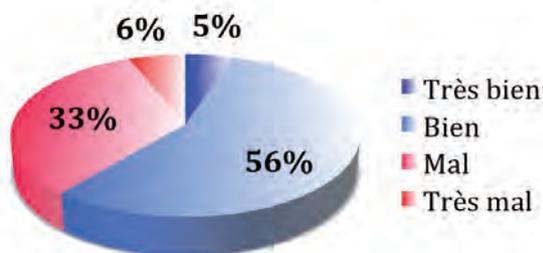
Echantillon de 2000 personnes représentatif des Français âgés de 18 ans et plus.

Méthode des quotas et redressement sur variables sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, région.

I Perception du système de santé par les Français

Interrogés sur les qualificatifs auxquels ils pensent à propos du système de santé en France, plus de 6 Français sur 10 estiment qu'il fonctionne bien (Graphique 1). Mais près de la moitié considère qu'il s'est dégradé au cours des cinq dernières années.

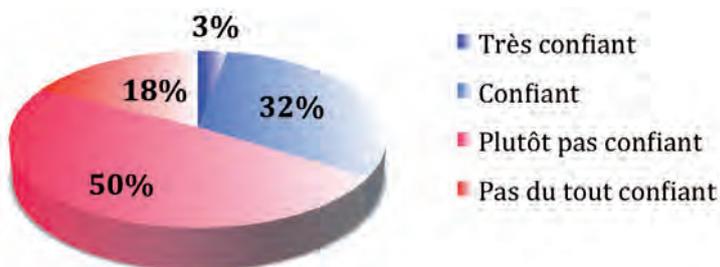
Graphique 1 - Selon vous, le système de santé fonctionne :



Dans le positif, ils mettent en avant les remboursements et la qualité. Dans le négatif, ils évoquent le manque de médecins, des délais de rendez-vous qui s'allongent, la baisse des remboursements de certains médicaments, l'engorgement des urgences, etc.

Plus grave, 2 Français sur 3 sont pessimistes sur l'avenir de notre système (Graphique 2).

Graphique 2 - Pour l'avenir du système de santé, vous êtes :



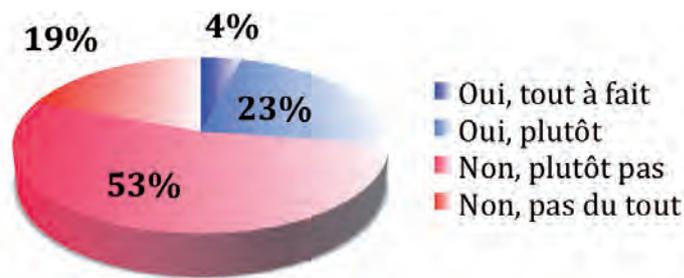
Parmi les acteurs du système, trois-quarts des Français ont une bonne image des associations de patients. Ils sont deux-tiers à juger positivement la sécurité sociale et les mutuelles. Moins d'un tiers des sondés ont une bonne opinion des sociétés d'assurance et moins d'un quart du Gouvernement.

La santé dans la campagne présidentielle

Trois-quarts des Français sont intéressés par la campagne pour l'élection présidentielle, 36% très intéressés et 39% plutôt intéressés. A l'inverse, 9% ne sont pas du tout intéressés et 15% plutôt pas intéressés. 1% des sondés n'a pas d'opinion.

72% des personnes interrogées considèrent que les candidats ne parlent pas assez de santé et 10% qu'ils en parlent trop. Leurs propositions sont jugées, par 72% des Français, déconnectées de leurs préoccupations (Graphique 3).

Graphique 3 - Les propositions des candidats correspondent à vos préoccupations :

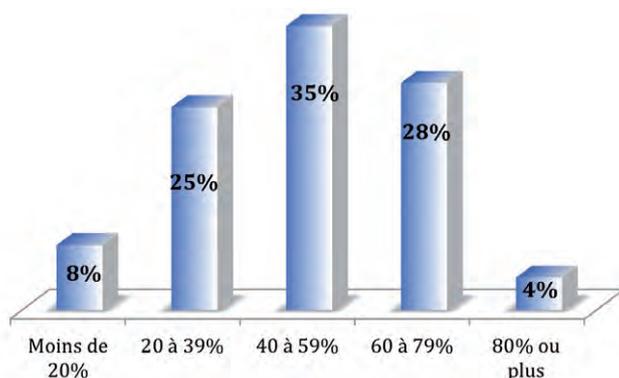


Parmi les thèmes qui devraient être abordés dans la campagne électorale, deux recueillent l'intérêt de près de la moitié des Français, le financement de la protection sociale (48%) et l'accès aux soins pour tous (47%). Viennent ensuite, pour un quart des sondés, la prise en charge des personnes dépendantes (26%) et la prévention (23%). Les autres thèmes recueillent moins de 20% des sondés (Graphique 4).

Le financement de la protection sociale

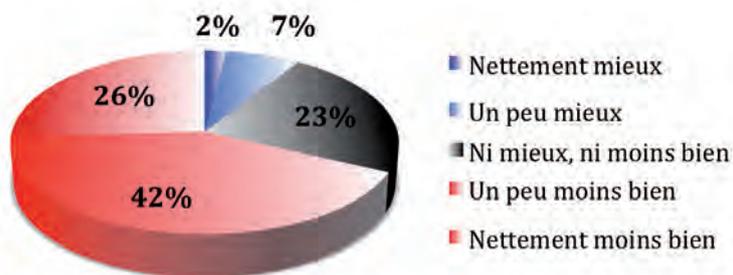
Plus de quatre Français sur dix jugent que le déficit de la Sécurité sociale est élevé et les trois-quarts considèrent qu'il pourrait remettre en cause son avenir. La majorité des sondés estime qu'actuellement la Sécurité sociale rembourse moins de 60% des dépenses de santé (Graphique 5).

Graphique 5 - Selon vous, quelle est la part des dépenses de santé remboursée par la Sécurité sociale ?



Deux tiers (68%) des Français pensent que les soins seront moins bien remboursés à l'avenir. Seuls 9% estiment qu'ils seront mieux remboursés. Un quart pense que le niveau actuel de remboursement sera maintenu (Graphique 6).

Graphique 6 - Pensez-vous que les soins seront mieux ou moins bien remboursés par la sécurité sociale à l'avenir ?



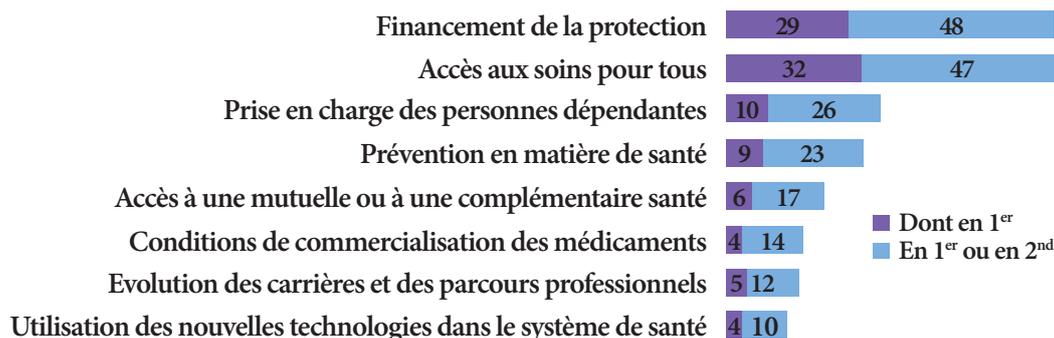
Les Français sont inquiets de l'avenir de la Sécurité sociale. Ils attendent une meilleure organisation du système de santé pour lutter contre le déficit de la Sécurité sociale. En revanche, ils sont majoritairement opposés aux augmentations de cotisations, de taxes ou d'impôts et aux réductions de remboursement.

Une large majorité soutient trois propositions phares pour réduire les déficits : une meilleure organisation du système de santé (coopération entre professionnels, entre ville et hôpital, etc.), plus de contrôles contre les fraudes et le développement de la prévention (Graphique 7).

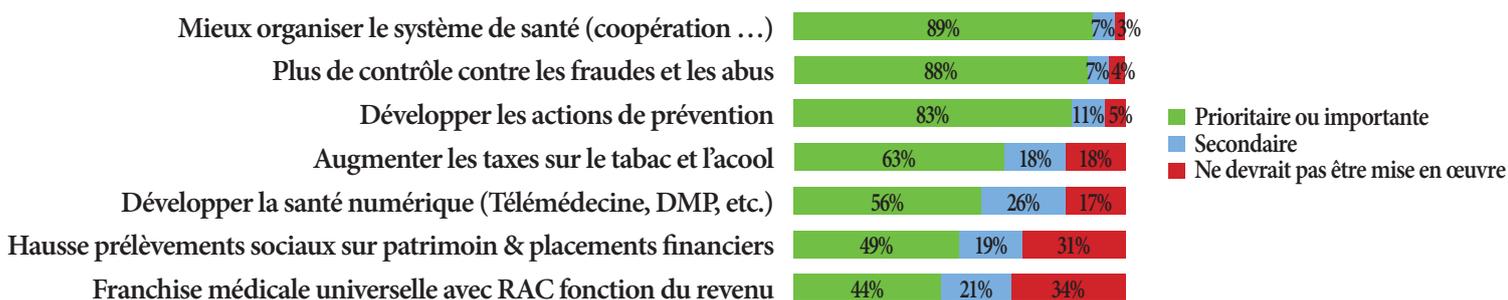
Les mesures d'ordre financier sont rejetées mais deux sont moins impopulaires que les autres : diminution des taux de remboursement de certains médicaments et réduction du nombre d'actes médicaux et de médicaments faisant l'objet d'un remboursement. La hausse de la TVA, celle des cotisations sociales des salariés ou de l'impôt sur le revenu sont les plus impopulaires, 60% des Français ou plus les rejetant (Graphique 8).

La moitié des Français pense que leur reste à charge a déjà augmenté, sur les cinq dernières années, pour

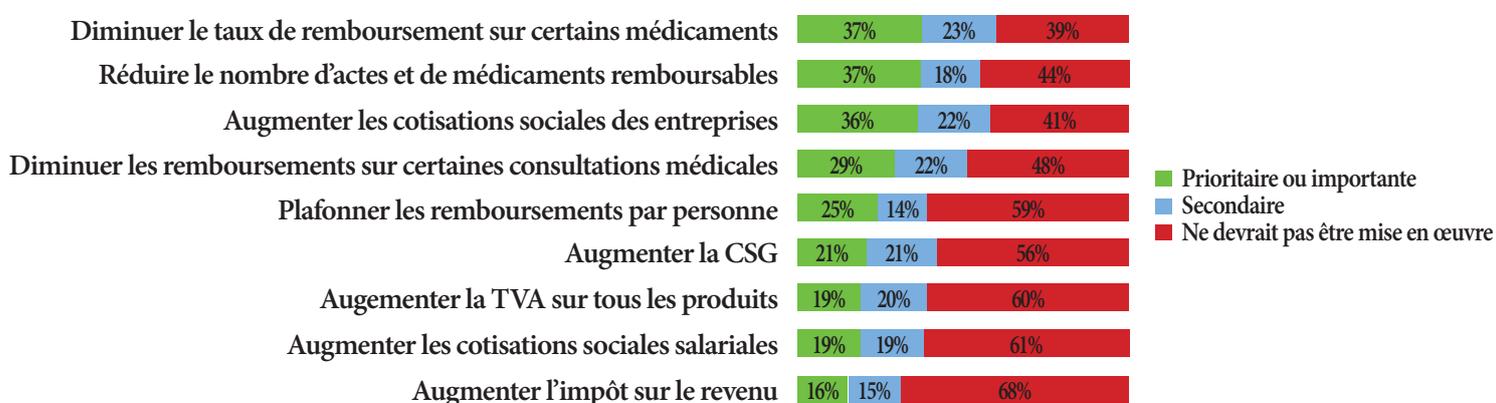
Graphique 4 - Parmi les sujets suivants, quels sont, pour vous, les 2 plus importants qui doivent être abordés pendant la campagne ?



Graphique 7 - Quel est, selon vous, le degré de priorité ou d'importance pour ces différentes propositions ?

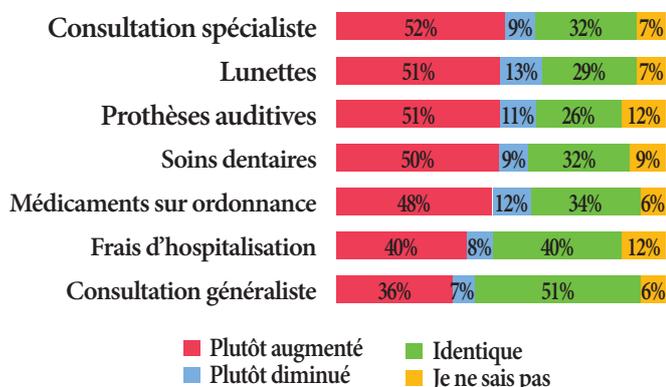


Graphique 8 - Pour chacune de ces propositions, indiquez, selon vous, son degré de priorité :



la consultation d'un spécialiste, pour les lunettes, les prothèses auditives, les soins dentaires, les prescriptions médicamenteuses. Ils sont près de 10% à considérer que le RAC a plutôt diminué (Graphique 9).

Graphique 9 - Depuis 5 ans, diriez-vous que votre reste à charge a :



L'accès aux soins

Une courte majorité (52%) de Français considère que l'organisation du système de santé offre un accès à

des soins de qualité à tous. Mais une forte opposition (48%) pense le contraire.

Plus des trois-quarts (78%) des Français estiment qu'il est facile d'obtenir un rendez-vous rapide avec un généraliste et la même proportion pense que c'est difficile pour un spécialiste.

Le tiers-payant recueille une très large adhésion (77%).

Parmi plusieurs propositions d'amélioration de l'accès aux soins, les Français placent, très majoritairement (>90%), en tête les mesures visant à augmenter le nombre de médecins dans les déserts médicaux ou à regrouper les professionnels de santé dans des structures spécifiques. Les actions pour limiter les dépassements ou améliorer les taux de remboursement de certains produits sont approuvées par 87% et 83% des personnes interrogées. A noter que la réduction des tarifs des médecins spécialistes est soutenue par 70%.

Les propositions qui recueillent le moins d'avis favorable et le plus d'opposition sont : la réduction des tarifs des consultations de généralistes, la possibilité

Tableau 1 : propositions d'action pour améliorer l'accès aux soins

Type d'action	Prioritaire ou importante	Secondaire ou ne pas mettre en œuvre
Augmenter le nombre de médecins en zone rurale	93%	6%
Encourager les professionnels à s'installer sur des territoires qui manquent de personnel médical	92%	7%
Développer les structures médicales regroupant les professionnels de santé	89%	10%
Limiter les dépassements d'honoraires	87%	12%
Limiter le prix ou augmenter les taux de remboursement de certains produits (optique, dentaire, etc.)	83%	16%
Faciliter l'accès des patients à des réseaux de soins	81%	18%
Développer l'accès à des complémentaires santé	78%	21%
Augmenter le nombre d'hôpitaux	73%	26%
Généraliser le tiers-payant	71%	28%
Réduire le tarif des consultations de spécialistes	70%	29%
Augmenter le nombre de médecins en ville	60%	39%
Développer la télémédecine	56%	33%
Réduire le tarif des consultations des généralistes	40%	59%
Faciliter la possibilité de se faire soigner à l'étranger	39%	60%
Faciliter pour les étrangers la possibilité de se faire soigner en France	29%	70%
La somme des pourcentages pour chaque action est inférieure à 100%. Le solde correspond aux personnes qui ne se prononcent pas.		

de se faire soigner à l'étranger ou pour les étrangers de se faire soigner en France (Tableau 1).

Les complémentaires santé

Il n'y a pas de consensus, ni même de majorité sur la question du partage du financement des soins entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Une forte minorité (42%) considère que la situation actuelle doit être préservée, 36% veulent une meilleure prise en charge par l'assurance obligatoire et moins par les complémentaires et 20% souhaitent que les complémentaires assument une plus grande part.

La santé du futur

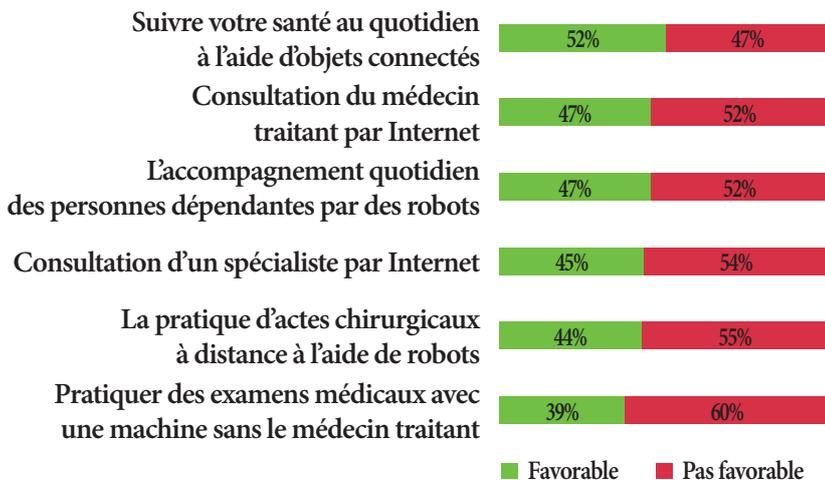
Harris interactive a aussi questionné les Français sur leur vision de la santé au futur avec trois questions.

Les réponses marquent une forte réticence vis-à-vis des objets connectés et du recours aux nouvelles technologies lors de consultations ou de soins. Seule la communication de données sur leur santé semble plus acceptée.

L'utilisation des données connectées : seulement 15% des Français ont déjà utilisé un objet connecté (montre, application smartphone,...) pour obtenir des informations sur leur santé. 22% n'en ont pas utilisé mais envisagent de leur faire. En revanche, 62% ne l'envisagent pas.

L'utilisation des nouvelles technologies pour les consultations ou les soins : seul le suivi quotidien de sa santé à l'aide d'un objet connecté recueille une courte majorité (52%). Toutes les autres propositions présentées dans l'enquête rencontrent une opposition majoritaire (Graphique 10).

Graphique 10 - Pour chaque proposition quelle est votre opinion ?



60%

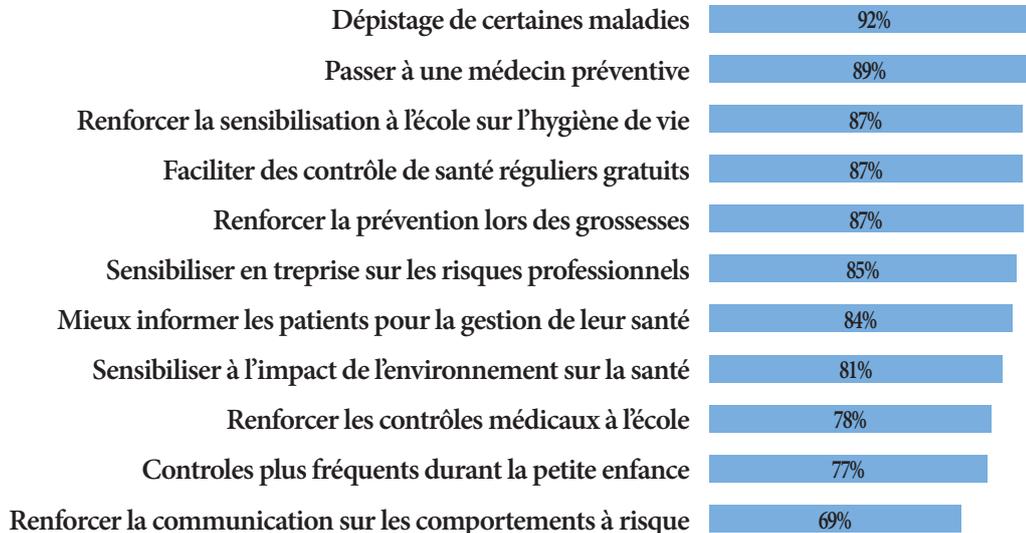
des Français sont défavorables à la possibilité de pratiquer des examens courants et d'obtenir un diagnostic à l'aide d'une machine sans consulter le médecin traitant.

La réponse est à réfléchir alors que certains imaginent que les examens d'imagerie médicale pourraient être réalisés sans les médecins radiologues par l'intervention de l'intelligence artificielle et de l'ordinateur «Watson».

Prévention

Les Français plébiscitent, à 92%, les actions de prévention, en tout premier les dépistages précoces de certaines maladies (cancers, cardio-vasculaires,...). D'autres actions emportent une très large majorité comme le passage à une médecine préventive.

Graphique 11 - Action jugée prioritaire ou importante en % de l'échantillon



La communication des données personnelles de santé :

Le résultat de l'enquête sur cette question pose problème.

La question est claire : *Quel type de données de santé accepteriez-vous de transmettre à votre mutuelle/assurance (plusieurs réponses possibles) ?*

Les différentes réponses (données liées aux médicaments et traitements, à une maladie, à des opérations,

à votre état physique, à votre alimentation) sont présentées avec les pourcentage mais avec un avertissement : *A ceux qui accepteraient de transmettre à leur mutuelle/assurance leurs données en %.*

Le pourcentage de personnes ayant répondu accepter de transmettre des données n'est pas communiqué. De ce fait, les réponses deviennent inutilisables. C'est regrettable alors que ce sujet fait l'objet de débats dans la société. ■

L'imagerie en France : quel avenir ?

L'imagerie est au cœur des parcours de soins, dont elle constitue un des pivots ; ses technologies sont en effet indispensables à toutes les spécialités médicales et peuvent intervenir à toutes les étapes du parcours des patients.

Au-delà des soins à proprement parler, l'amélioration continue des technologies permet d'accroître considérablement les connaissances en biologie moléculaire et cellulaire. Par ailleurs, comme un des acteurs permettant un diagnostic plus précoce, un suivi thérapeutique personnalisé et une médecine plus prédictive, l'imagerie est un des vecteurs d'efficacité pour notre système de soins.

Dans les prochaines décennies, alors que les besoins en imagerie continueront de croître, notamment compte tenu du vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies chroniques¹, l'approche budgétaire actuelle contraint de plus en plus la mise à disposition de ces équipements aux patients. Par ailleurs, le périmètre d'action de l'imagerie dans la prise en charge du patient s'élargit, jusqu'à la chirurgie, les thérapies guidées par l'image et la médecine préventive.

En France, ce secteur innovant, dynamique et exportateur comprend de grandes entreprises mais également de nombreuses TPE, PME et ETI. Notre pays les fait bénéficier de la réelle qualité de ses professionnels de santé, de celle de sa recherche et de ses établissements, avec notamment des plateaux techniques de pointe.

Pourtant, malgré ces bénéfices et ce potentiel, la situation reste difficile dans notre pays, au premier détriment des patients. Compte tenu des déficits d'équipement, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous d'IRM y était de plus de 30 jours en 2015, soit au-delà de la moyenne européenne, alors que le plan cancer 2014-2019 préconise un maximum de 20 jours. Cela s'accompagne de disparités territoriales qui vont croissant : en 2016, plus de 51% des Français vivaient dans une région où le délai moyen était supérieur ou égal à 30 jours, alors qu'ils n'étaient que 43% en 2015...

Les pouvoirs publics n'ont pas pris la pleine mesure de la situation. Les contraintes s'accroissent depuis plusieurs années. Alors que les développements des technologies sont particulièrement longs et coûteux,

les contraintes - tant réglementaires que liées aux évaluations cliniques - sont de plus en plus fortes.

Les entreprises subissent également de plein fouet, même si l'impact est indirect, les baisses des tarifs et forfaits techniques, qui amoindrissent les capacités d'investissements des médecins et des établissements dans les solutions radiologiques, et in fine l'innovation des entreprises.

Celles-ci seront dans l'obligation de diminuer le niveau de leurs prestations d'accompagnement des médecins et des établissements (formation, maintenance des machines, aide à l'efficacité par l'audit et le conseil...), vecteurs d'efficacité du système, et à terme de diminuer leurs effectifs.

Erratiques et outils d'un pilotage uniquement budgétaire et de court terme du système de soins, ces baisses entravent la visibilité des entreprises, indispensable pour un secteur produisant des équipements lourds. Cela ne devrait pas s'arranger. Depuis la LFSS 2017, elles sont désormais à la discrétion de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui a effectué ces baisses dès fin janvier, de manière unilatérale et après une concertation de façade.

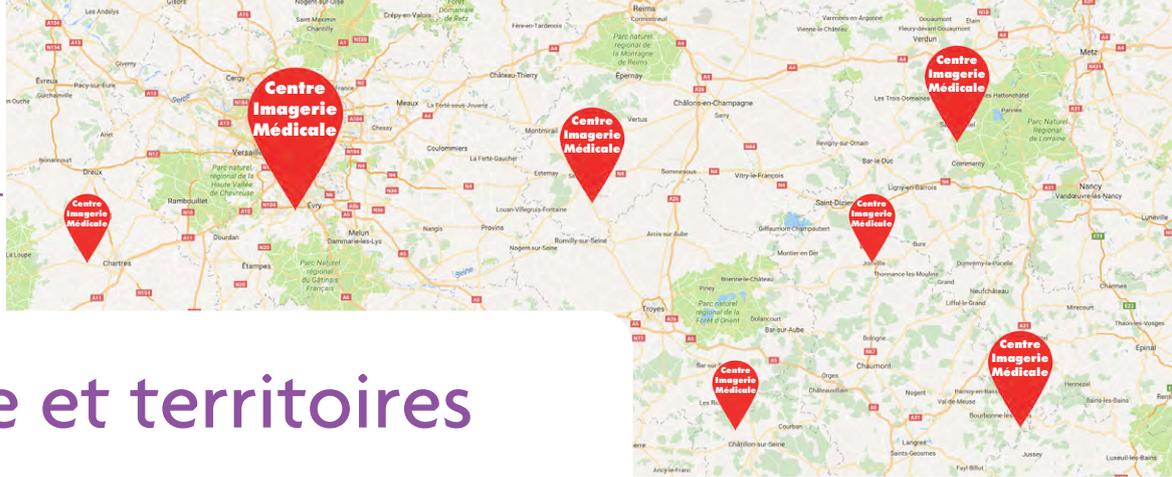
Ainsi, alors que se profile un renouvellement du paysage politique en 2017, les entreprises de l'imagerie membres du Snitem appellent les pouvoirs publics à la définition collective des outils adéquats de pilotage des ressources et des organisations, en prenant en compte l'apport de l'imagerie dans les parcours des patients, source d'efficacité pour le système de soins. Elles souhaitent notamment être associées à une réflexion d'ensemble avec toutes les parties prenantes (médecins, CNAMTS...) sur les enjeux de l'imagerie, actuels et à venir. ■

Armelle GRACIET

Directeur des Affaires Industrielles
SNITEM



¹ Près de 20% de la population devraient bénéficier du dispositif ALD en 2025 (vs 15,4% en 2011).



Imagerie et territoires

Le mot « territoire » fait rêver. On pense, en effet, aux lointains territoires comme ceux de Cipango qui mûrit de l'or dans ses mines ou le « territoire des autres », le monde animal si bien filmé en son temps par Gérard Vienne... La réalité médicale du terrain, à la lumière des médiocres politiques de santé accumulées au fil des trente dernières années, est bien différente : le rêve est devenu quasi cauchemar.

Après la phase d'euphorie en pleine expansion médicale aboutissant à la création d'établissements de soins dans tous les territoires, on a vu d'une part une restructuration, essentiellement aux dépens du secteur dit privé, sinon « privé lucratif » (sic), et, d'autre part, le maintien de structures publiques de plus en plus lourdes.

Dans le même temps, le numerus clausus et les diverses « primes à l'arrachage » ont contribué à raréfier la présence médicale dans les hôpitaux, certes, mais aussi dans le secteur dit libéral, alors que les exigences des populations augmentaient, exigences de services en tous genres et pas seulement médicaux, ces mêmes services étant de éléments d'ancrage dans le territoire. Les conséquences sont la concentration dans des zones d'attraction et la désertification dans les zones moins attractives ou difficiles d'accès. On aurait tort de penser que cela ne concerne que les lointaines campagnes de la Creuse ou de la Lozère, si souvent citées. Cela concerne aussi certains arrondissements de Paris, sans oublier la proche banlieue et la grande couronne dont les conditions d'accès, en automobile ou par les transports publics, les desservent aussi.



L'impact sur la santé sanitaire est grand comme l'on montré certaines études. Celle menée dans une grande ville du Val d'Oise, très hétérogène sur le plan social, ont démontré qu'il y avait une corrélation directe entre la participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), la présence médicale de proximité, généralistes en particulier, et l'accès aux cabinets de radiologie. Si on prend encore, l'exemple du Val d'Oise, on voit que, entre 2016 et 2017, plusieurs cabinets de proximité auront fermé, faute de repreneurs, privant les femmes d'un accès de proximité pour environ 8 000 d'entre elles, ce

qui correspondait à l'activité de ces cabinets. Les autres cabinets n'auront pas les moyens d'assumer une activité supplémentaire aussi importante et les hôpitaux n'assument actuellement que moins de 3% du DOCS dans le Val d'Oise.

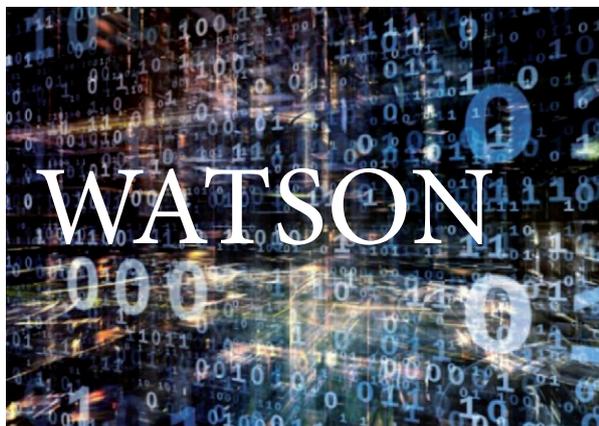


C'est dire que tout est lié : accès et services multiples dans un territoire clairement identifié. Les élus locaux sont lents à se mobiliser et les députés comme les sénateurs ne sont guère réactifs. Les maires commencent à prendre conscience de l'intérêt d'avoir un centre d'imagerie dans leur territoire. Ainsi, lors d'une réunion entre médecins radiologues, élus et impétrants potentiels, en présence de la CPAM¹ et de l'ARS², un maire du Val d'Oise a déploré les retentissements multiples du transfert d'un cabinet dans une autre ville voisine, non seulement en termes médicaux mais aussi en termes de chalandise... Dans le même temps, le maire de la ville recevant le nouveau centre a fait modifier la ligne de bus pour que le centre soit desservi par les transports en commun !

Les administrations de la santé, type ARS, sont plus conscientes des réalités pratiques mais on a aussi tendance à penser que les problèmes démographiques ne se posent que dans le secteur public.

¹ Caisse primaire d'assurance maladie
² Agence régionale de santé

Bien que certains politiques, au pouvoir ou non, appellent à des politiques autoritaires, on sait parfaitement que ces politiques sont inefficaces et illusoire comme le recours à des praticiens « à diplôme étranger » qui, accessoirement, ont des familles et des exigences.



On va jusqu'à proposer des solutions dites de télé-radiologie comme étant une des solutions, sinon « la » solution, en attendant que Watson finisse, peut être, par rendre les radiologues inutiles. C'est peut-être aussi pour cela que dans certains hôpitaux, pas forcément démedicalisés, les cliniciens tentent de s'emparer des services d'imagerie via les chefferies de pôle, ce qui supprime aussi les services formateurs dans un territoire.



C'est complètement oublier que l'imagerie médicale est bien une spécialité qui ne peut être automatisée et qu'elle nécessite des médecins compétents en nombre suffisant, la télé-radiologie ayant ses limites quantitatives

et qualitatives. Carl Frey et Michael Osborne (Oxford) disent bien que si 47% des emplois sont automatisables, les effets sont délétères, pas seulement en termes d'emploi, mais parce que « certains métiers nécessitent des relations interpersonnelles fortes, des fortes capacités d'adaptation et l'aptitude à réaliser des tâches complexes que seuls des humains peuvent maîtriser »...

Enfin, si on connaît depuis un certain temps une loi de santé tous les cinq ans, les conséquences de la dernière en date restent à mesurer et notamment en matière de groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont certaines applications sont déjà courtelinesques.

Il est temps de cesser de rire et la période est propice à l'interpellation des candidats malgré le tintamarre des affaires.

Il est temps pour eux de comprendre que :

- un territoire est un tout, avec un ensemble de services au bénéfice d'une population qui ne peut pas toujours se déplacer, personnes âgées et/ou défavorisées notamment,
- le « tout public » est un échec coûteux, masqué, et que le secteur privé dit libéral a pour lui une efficacité et un dynamisme qui ne doit pas être sanctionné en permanence par ce qui ressemble à une forme de harcèlement,
- les Pôles d'Imagerie Médicale, ou PIM, ne doivent pas être des succédanés de kolkhozes forçant les libéraux à pallier les insuffisances de fonctionnement du système public dont le manque d'attractivité est aussi dû à des conditions de travail de plus en plus néfastes et à une pression administrative croissante,
- dans les territoires, les citoyens-électeurs ne sont pas dupes et que leur grande peur est bien que leur médecin, médecin radiologue ou autre, parte sans successeur. Ils savent bien que le médecin radiologue apporte un plateau technique de premier recours, mais aussi de second recours, après une hospitalisation ou dans le suivi, et une expertise validée après une longue spécialisation.



Les radiologues unis, libéraux et hospitaliers, feront tout pour défendre leur présence médicale dans les territoires pour la meilleure prise en charge, structurante et économique, des patients : il faut repenser la politique de santé, un système global de santé, à partir du territoire pour un dialogue à l'échelle humaine ! ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Pdt FNMR
Pdt FNMR du Val d'Oise





Etat des lieux des petits cabinets de radiologie français

Faire l'état des lieux des petits cabinets de radiologie français, c'est prendre conscience de l'importance du maillage territorial et s'intéresser au quotidien d'environ 1000 médecins radiologues exerçant dans des structures radiologiques autonomes qui emploient en moyenne 4, 6 voire 8 collaborateurs : secrétaires médicales, manipulateurs, informaticiens, etc. afin de recevoir dans des conditions optimales des millions de patients adressés aux radiologues par leur médecin dans le but d'obtenir un diagnostic précis et rapide pour pouvoir les traiter efficacement.

Ces radiologues, chefs d'entreprise, exercent en nom propre ou en société dans les grandes agglomérations, les villes d'importance moyenne ou petite, généralement dans de grands bassins de population avec une patientèle souvent importante, évaluée fréquemment à 1,5, 2 voire 3 fois la moyenne par radiologue dans notre pays.

Ces cabinets participent activement au dépistage du cancer du sein, répondent aux urgences adressées par les médecins de leur secteur et réalisent généralement tous les examens de radiologie standard, mammographie, échographie, doppler à la demande des médecins généralistes ou spécialistes libéraux ou du secteur public dans leur zone géographique.

Ces petits cabinets sont indispensables à une bonne pratique de la médecine : sans eux, les patients les plus âgés et les plus fragiles sont pénalisés du fait des déplacements longs et coûteux et de l'allongement des délais de rendez-vous vers les autres centres de radiologie exerçant encore dans la zone géographique. La proximité radiologique n'existant plus, la pratique de la médecine générale est moins attractive dans **ce désert radiologique qui induira à court terme un nouveau désert médical.**

L'installation de matériel lourd étant soumise à autorisation régionale, autrefois ministérielle, l'accès à l'imagerie en coupe est un parcours du combattant particulièrement difficile pour grand nombre de radiologues libéraux exerçant dans leur petit cabinet de proximité car généralement rejetés par le groupe des radiologues sociétaires ayant obtenu en son temps des autorisations d'exploitation et les ayant renouvelés depuis plusieurs décennies.

Ceux bien lotis qui auront obtenu l'accès à une console d'IRM et de scanner en public ou en privé, auront généralement de longs trajets à parcourir pour revenir à leur cabinet et faire tous les examens de radiologie et d'échographie qui les attendent.

Ceux qui ont un accès aux plateaux techniques lourds privés sont généralement propriétaires de leurs parts de société d'exploitation.

Bon nombre de radiologues dans ces petits cabinets n'ont aucun accès à l'imagerie en coupe ni dans le public, ni dans

le privé, ayant généralement rencontré des barrages, des obstacles pour accéder à certaines structures d'exploitation « fermées ».

Parfois les entraves sont directement du fait de décisions négatives de responsables de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui considèrent que le secteur géographique est déjà couvert par une société d'exploitation scanner IRM et qui rejettent toute autre demande d'accès aux plages du privé existant, empêchant ainsi les radiologues de proximité d'exercer leur métier.

L'Ordre des médecins ne réagit pas plus face à ces détournements d'activité dans un bassin de population donné pris en référence pour l'attribution des scanners et IRM depuis le début des autorisations d'exploitation dans les années 80.

Tout ceci a largement contribué à isoler les petites structures qui n'ont pas eu d'autorisation, qui n'ont pas pu se regrouper pour des raisons, fréquemment interhumaines, stratégiques concurrentielles, souvent géographiques, le plus souvent à l'activité de montagne ou insulaire ou sur les grands territoires ruraux mais également dans les grandes métropoles.

Certaines autorisations d'exploitations ont été attribuées à un seul individu dans des territoires couvrant des centaines de milliers d'habitants no comment !

L'oubli de convocation d'un confrère un peu isolé est encore pratiqué dans de récents dossiers de demande d'IRM public-privé en constitution. Lorsque le dossier est constitué, il suffit de signifier que c'est trop tard pour intégrer ce radiologue de proximité oublié, qui de toute façon n'a aucun avenir ...

Ce n'est pas par laxisme que bon nombre de cabinets de proximité se sont retrouvés sur orbite, dépossédés de leur droit d'exercer une imagerie moderne. Pourtant, ces cabinets de proximité ont une activité importante, souvent très importante, dans de gros bassins de population, nombre d'entre eux étaient au départ composés de deux à trois radiologues avant les départs à la retraite des plus anciens ou après décès.

Le nombre de personnel par radiologue est également important dans ces petits cabinets compte-tenu de l'activité soutenue du lundi au samedi sans aucune fermeture annuelle le plus fréquemment à plus forte raison dans les secteurs à activité touristique intense.

De toute évidence, l'attribution ou non d'une autorisation de matériel lourd délivré par l'Etat, qui permet d'exercer ou non pleinement sa spécialité de radiologue libéral, en France, a contribué à diviser la profession et à stigmatiser les petites structures sans aucune contrepartie. En effet les obligations réglementaires s'appliquent pour tous. Les baisses de nomenclature n'épargnent pas, bien au contraire, les petits cabinets qui sont contraints de plus de faire de très nombreux actes gratuits à cause du cumul des actes demandés par les prescripteurs et réalisés par un seul praticien dans la même séance. Cette gratuité est bien connue des prescripteurs et des patients qui pour certains cumulent les prescriptions en un seul rendez-vous.

Comme vous l'avez constaté, notre propos n'est pas radio-nostalgique, que les moins de 20 ans ne connaîtront pas, mais bien d'une réalité qui touche aujourd'hui la radiologie française et par voie de conséquence les patients de nombreuses régions où le devenir de l'accès à l'imagerie médicale de proximité est sur le point de disparaître si la profession ne réagit pas et si l'Etat n'entend pas ce que nous avons à lui dire.

Pour cela un certain nombre de propositions pourraient de toute évidence limiter la désertification médicale à venir, cependant actuellement malheureusement très engagée.

CONSEQUENCES DE LA FERMETURE D'UN CENTRE DE RADIOLOGIE DE PROXIMITE

1°) Conséquences psychologiques avec un sentiment d'isolement du professionnel, un sentiment d'échec, d'injustice vis-à-vis de l'Etat.

2°) Conséquences matérielles directes sur les biens propres (obligations sociales, solder ses emprunts, ses charges fixes etc ... impôts sur l'année écoulée).

3°) Conséquences pour le personnel, perte d'emplois.

4°) Conséquences médicales : le désert radiologique va être pénalisant pour la population : distances plus importantes vers les structures existantes,

Rendez-vous plus tardif ;

Risque d'accidents routiers plus fréquents compte-tenu de l'âge de la patientèle.

Disparition du dépistage du cancer du sein dans le désert radiologique.

Pénalisation pour les médecins généralistes et les patients avec une disparition du rapport direct avec le médecin radiologue de proximité pour gérer les urgences, pour obtenir un avis ; et disparition de l'accompagnement du patient.

Augmentation des dépenses d'Assurance maladie avec une augmentation des frais de déplacement en particulier ambulances et VSL.

Augmentation des auto-prescriptions par de nombreux médecins éloignés de toute structure radiologique et qui voient une incitation des syndicats à former les généralistes à l'échographie.

Un sentiment d'abandon des patients et des médecins par l'état et le sentiment d'une médecine à deux vitesses.

Un sentiment d'abandon des radiologues par l'Etat qui impose annuellement les baisses et qui stigmatise « les radiologues nantis » dans la communication par voie de presse alors qu'il y a une hétérogénéité dans cette profession qui s'étend du gros groupe financier possédant les autorisations d'exploitation matériel lourd scanner, IRM dans des départements entiers, au petit groupe en société et au radiologue exerçant en nom propre.

Les objectifs d'organisation et les objectifs concurrentiels étant à l'opposé, de même la charge relative par radiologue en amortissement de nouveau matériel est inversement proportionnelle : l'achat d'un mammographe ou d'un échographe étant lourd de conséquences financières pour le petit cabinet.

En faisant subir depuis 9 ans des baisses annuelle de la valeur des actes de radiologie inscrits à la nomenclature, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a accru les difficultés d'investissement et de gestion des ressources humaines de ces petits cabinets de proximité devenus très fragiles sans possibilité de visibilité, de trésorerie et d'investissement. Elle précipite ainsi leur fermeture et la désertification.

L'état règle le problème concurrentiel des grosses structures en favorisant l'élimination des petits cabinets. ■

Dr François BRUNETTI
Radiologue



Avec les Drs Philippe CAQUELIN,
Vincent MILLION,
Philippe LAFOURCADE
Radiologues



L'importance du dépistage du cancer du sein dans le maillage territorial

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent dans le monde et en France (1). 48 763 nouveaux cas et 11 886 décès par cancer du sein estimés en 2012 en France métropolitaine (2, 3). Le diagnostic précoce que permet le dépistage organisé permet de limiter les conséquences et les séquelles dues aux traitements (4).

Le programme de dépistage organisé repose sur un cahier des charges qui encadre les modalités, le suivi et l'évaluation de son efficacité. Les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées tous les 2 ans à se rendre chez un radiologue agréé dont les coordonnées figurent dans la liste jointe au courrier. L'examen comprend un examen clinique des seins et une mammographie (deux clichés par sein, face et oblique). Il est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. Le programme de dépistage organisé bénéficie d'une double lecture : les radiologues participants dits « premiers lecteurs » doivent effectuer au moins 500 mammographies par an. Les radiologues assurant la deuxième lecture doivent s'engager à lire au moins 1 500 mammographies supplémentaires par an. Le dépistage organisé du cancer du sein est un programme de qualité ; le matériel fait l'objet de normes strictes, la qualité de la chaîne mammographie est contrôlée deux fois par an par des organismes agréés, selon les recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (5).

Environ 37 000 cancers du sein ont été détectés lors de l'évaluation du programme entre 2013-2014 soit un taux de détection de 7,4 pour 1 000 femmes dépistées et parmi ces cancers, 15 % sont des carcinomes canalaux in situ (CCIS), 37 % sont de taille < 10 mm et 77 % n'ont pas d'invasivité gan-

glionnaire. N (-) (6). Ces résultats satisfaisants permettent d'espérer une réduction de mortalité par cancer du sein en France.

Les radiologues libéraux ont été et sont des acteurs essentiels du développement de ce programme de santé publique. Ils ont activement participé à la rédaction du cahier des charges, ils ont accepté de s'imposer une formation complémentaire spécifique, le contrôle qualité de leurs installations et les seuils d'activité. Ils assurent 80 % des mammographies grâce au maillage territorial de leurs cabinets sur l'ensemble du territoire (7).



En France, le Plan cancer 2009-2013 souhaitait une participation supérieure à 65 % à l'échéance du plan. Cet objectif n'est pas atteint, la participation a progressé (Ci-joint le tableau des taux de participation de France), mais reste en deçà de l'objectif fixé.

En 2014, le taux de participation en France est de 52,1 %.

Les taux publiés précédemment étaient (voir tableau 1).

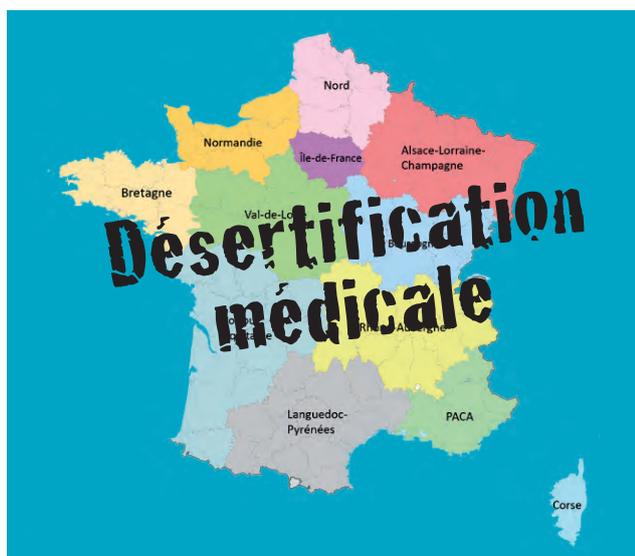
La participation au dépistage organisé est variable selon les régions, selon les départements et selon les cantons (urbains ou ruraux) en raison de divers facteurs dont la précarité socio-professionnelle

Tableau 1 - Taux de participation au dépistage organisé - France entière

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
40,2	44,8	49,3	50,8	52,5	52,3	52	52,7	52,7	52,6

mais aussi les difficultés d'accès comme le montre les premières analyses de géolocalisation. La distance du lieu de résidence par rapport au cabinet de radiologie est un des facteurs de non participation au programme de dépistage organisé.

C'est pourquoi nous sommes particulièrement préoccupés par la fermeture de cabinets de proximité. Ces fermetures de plus en plus nombreuses à la suite des mesures tarifaires imposées aux radiologues vont aggraver les situations de territoires qui sont déjà en deçà des objectifs accélérant ainsi une sorte de spirale de la désertification



Ce constat est en totale contradiction avec les objectifs du plan cancer :

Action 1 - 6 du plan cancer 2014-2019 : Accroître la participation au dépistage des cancers

Action 1 - 7 du plan cancer 2014-2019 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage (10).

Au lieu de provoquer la fermeture des sites d'accès à l'imagerie il faut au contraire aider au maintien d'au moins un accès au dépistage du cancer du sein par canton ou communauté de communes.

Les radiologues libéraux en assurant plus de 80% de cette activité mettent leurs compétences acquises et contrôlées au service de ce programme de santé publique, nier cette réalité ou ne pas la reconnaître serait une faute qui aggraverait rapidement et fortement les inégalités d'accès à la prévention et aux soins pour lesquelles les pouvoirs publics semblent au contraire afficher un intérêt particulier. ■

RÉFÉRENCES

- (1) Stewart, B. and Wild, C.P. (eds.), International Agency for Research on Cancer, WHO. (2014) World Cancer Report 2014.
- (2) Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remonet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 p.
- (3) Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remonet L, Bossard N, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2015. 62 p
- (4) Programme de dépistage du cancer du sein INCA
- (5) JO du 21 décembre 2006
- (6) European Commission. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edn. Perry N, Broeders M, deWolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, eds. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2006, 416 p.
- (7) Octobre Rose : Rappel de la FNMR de l'engagement des médecins radiologues libéraux dans le dépistage du cancer du sein
- (8) Rapport final du plan cancer au président de la république juin 2013
- (9) Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 inVS, SPF Santé Publique France Publié le 09/04/2015
- (10) Plan cancer 2014 - 2019 INCA Publié le 09/04/2015

Dr Laurent VERZAUX

Président de l'association EMMA pour le dépistage des cancers en Seine Maritime.



Dr Ahmed BENHAMMOUDA

Médecin coordonnateur





Importance de l'imagerie interventionnelle dans le maillage territorial



Les enquêtes de la Société Française d'Imagerie Cardiovasculaire (SFICV) et de la Fédération de Radiologie Interventionnelle (FRI) ont montré, dès 2009, que les structures de radiologie interventionnelle étaient en nombre suffisant mais que leur répartition sur le territoire était inégale et qu'il était donc nécessaire d'organiser un maillage territorial cohérent.

Le recueil de l'activité des radiologues français par la Société Française de Radiologie (SFR) a montré que chaque année plus de 530 000 actes de radiologie interventionnelle sont réalisés et que ce nombre est en augmentation constante. Deux tiers des actes sont à visée diagnostique et un tiers à visée thérapeutique. La diversité des actes, leur évolution permanente et l'apparition d'actes nouveaux sont à l'origine de difficultés en termes de valorisation de l'activité.



De nombreux actes, notamment en oncologie, ne figurent pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et les établissements de santé essaient de les financer par les Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation (MIGAC), mais ces dotations contractualisées ne sont pas pérennes et doivent être renouvelées chaque année auprès des Agences Régionales de Santé.

L'accès aux actes de radiologie interventionnelle n'est pas harmonieux sur l'ensemble du territoire, notamment pour les actes d'urgence dans le cadre de la permanence de soins, mais également pour les gestes en oncologie. En ce qui concerne les actes

de neuro-radiologie interventionnelle, le maillage territorial français quant au nombre de sites est bon comparativement aux situations observées dans d'autres pays.

Cette situation s'explique par le fait que seules la neuroradiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle ont été structurées par la publication d'un décret d'activité. Le reste de l'activité de radiologie interventionnelle est rentré dans la mise en place de cette démarche structurante depuis un an, sous l'égide de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), avec comme objectif de publier un décret d'activité début 2018. Ces travaux se font en collaboration avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée, des tutelles (DGOS, CNAM, ATIH), de la Fédération de Radiologie Interventionnelle (SFR-FRI) et des autres spécialités représentées par la Fédération des Spécialités Médicales (FSM).

Les objectifs retenus par la DGOS sont les suivants :

- Structurer l'offre de soins en imagerie interventionnelle : encadrer, donner de la lisibilité et accompagner le développement de l'activité,
- Homogénéiser les pratiques dans ce domaine d'activité, pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

La publication du décret permettra, à court terme, de répertorier et d'agrèer les centres pratiquant ces actes, en identifiant les équipes et en déterminant les niveaux d'activité. La rédaction des Projets Régionaux de Santé (PRS) en 2017 doit tenir compte des orientations dans l'organisation en cours de la radiologie interventionnelle en France et doit comporter une réflexion sur le maillage régional de ces soins spécifiques entre les Agences Régionales de Santé et les délégations régionales du Conseil Professionnel de la Radiologie (G4).

Le volet imagerie du précédent Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), qui arrive à son

IRM

URGENCES

SCANNERS

terme cette année, prévoyait déjà une organisation régionale et territoriale de la prise en charge des urgences en imagerie, dont les urgences en radiologie interventionnelle. Avec la structuration en 2018 de la radiologie interventionnelle, la prise en charge des patients sera alors clairement identifiée dans chaque région pour tous les gestes à effectuer et en fonction de leur importance. Le maillage régional des centres agréés comprendra au moins un centre régional de référence, pouvant accueillir tout type de procédure complexe avec prise en charge multidisciplinaire, et des centres territoriaux réalisant les actes adaptés à la compétence de l'équipe radiologique, au plateau technique disponible et à la surveillance nécessaire au décours de ces procédures.

La radiologie interventionnelle est directement concernée par la mise en place d'un maillage territorial et régional assurant la permanence de soins. L'activité de radiologie interventionnelle en urgence est diversifiée et touche tous les organes ; l'embolisation d'hémostase en est un bon exemple. Elle concerne un nombre important de patients et, seuls les radiologues interventionnels ont les compétences requises pour la réaliser. De nombreux gestes thérapeutiques d'urgence doivent pouvoir être réalisés dans l'ensemble des structures proposées, mais certains gestes lourds ne peuvent être réalisés que dans un centre de recours. C'est le cas

des thrombectomies, dans les premières heures d'un accident vasculaire cérébral ischémique, qui sont des procédures complexes réalisées par des experts formés selon les critères européens. Le conseil professionnel de la radiologie (G4) est opposé à la proposition de la Direction Générale de l'Organisation des Soins d'une formation spécialisée transversale courte d'une année ciblée sur cet acte seul. La prise en



charge des accidents vasculaires cérébraux dans leur globalité relève d'équipes d'experts bien formés et rodés à ces techniques spécialisés et à risques.

La prise en charge des patients nécessitant une intervention radiologique urgente passera par la création d'un maillage régional de centres agréés de radiologie interventionnelle. La validation de ces centres reposera sur des critères proposés par la profession et validés par la DGOS. Chaque centre devra être intégré dans une équipe pluridisciplinaire et devra travailler en réseau. Des protocoles de transfert devront être établis, avec des conventions avec les Unités de Surveillance Continue (USC) ou les centres de réanimation, au cas où l'état clinique du patient le justifierait. L'activité devra être colligée dans le registre national informatisé commun de la Fédération de Radiologie Interventionnelle de la SFR, avec le souhait de pouvoir intégrer rapidement ce registre dans les systèmes d'information radiologiques.

Enfin, la mise en place d'un maillage régional public et privé de radiologie interventionnelle avec ses différents niveaux, nécessite d'adapter la formation initiale et continue de radiologues.



La rédaction prochaine de décret de restructuration de la radiologie interventionnelle sera en accord avec la réforme du cursus des études médicales de la spécialité radiologique. ■

Dr Sophie AUFORT
Médecin radiologue



Dr Laurent LARDENOIS
Médecin radiologue



Election du président de la FNMR et de son bureau

Le **Dr Jean-Philippe MASSON**, radiologue à Carcassonne et président sortant, a été réélu lors du Conseil d'administration qui s'est tenu à Paris le 19 mars.

Le président a présenté son Bureau restreint qui a été approuvé par le Conseil d'administration. Leur prise de fonction aura lieu le 10 juin lors de l'Assemblée générale de la Fédération.

BUREAU DE LA FNMR (à partir du 10 juin)

Président : **Dr Jean-Philippe MASSON**

1^{er} Vice-Président : **Dr Bruno SILBERMAN**

Secrétaires généraux :

Dr Jean-Christophe DELESALLE

Dr Jean-Charles LECLERC

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Paul Marie BLAYAC

Dr Philippe COQUEL

Trésorier : **Dr Dominique MASSEYS**

Trésorier adjoint : **Dr Jean-Charles GUILBEAU**

Vice-Présidents chargés de mission :

Dr Eric CHAVIGNY

Dr Eric GUILLEMOT

Dr Robert LAVAYSSIERE

Dr Patrick SOUTEYRAND

Vice-Présidents chargés des relations auprès
des syndicats représentatifs :

Dr Philippe ARRAMON TUCCO (CSMF)

Dr Pierre Jean TERNAMIAN (FMF)

Dr Jean-Louis PUECH (SML)

Vice-Présidents :

Dr Thierry BLANC

Dr Jean-Charles BOURRAS

Dr François BRUNETTI

Dr Philippe CAQUELIN

Dr Eric CHEVALLIER

Dr Alexandra COUPTEAU

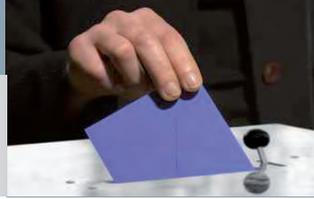
Dr Alain FRANCOIS

Dr Laurent LARDENOIS

Dr Bernard WOERLY

Election du président de la FMF-US

La FNMR félicite le **Dr Pierre-Jean TERNAMIAN**, Vice-Président et administrateur FNMR, Président de l'URPS AuRA, pour son élection à la présidence de la FMF-US (Fédération des Médecins de France - Union Spécialistes).



PAYS DE LA LOIRE

Suite à la démission le 30 janvier 2017 du Dr Christophe THIBAUD pour convenance personnelle, le **Dr Alexandre BLONDET** a été nommé au poste de Président et d'administrateur de l'Union régionale

Les autres membres du bureau restent inchangés.

CHARENTE

Le Syndicat des radiologues de la Charente a procédé au renouvellement de son bureau le 22 décembre 2016 :

Président : **Dr Franck FABARON** (LA COURONNE)
 Secrétaire général : **Dr Pierrick MORALES** (COGNAC)
 Trésorier : **Dr Romain VIALLE** (SOYAUX)

HAUTES-PYRENEES

Le Syndicat des radiologues des Hautes Pyrénées a procédé au renouvellement de son bureau le 21 février 2017 :

Président : **Dr Jean-Pierre MALET** (TARBES)
 Trésorier : **Dr Mathieu BONNET** (TARBES)



Hommage

Dr Erick DAVID

Nous venons d'apprendre le décès le 1^{er} février 2017 du **Docteur Erick DAVID**, à l'âge de 57 ans. Il était médecin radiologue à VALENCIENNES (59).

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

Erik et moi étions issus du même concours de spécialités (1984). Nous avons fait le même choix, la radiologie. Je le connaissais bien, et avons partagé quelques aventures syndicales au SML. Au-delà de ses qualités intrinsèques de médecin radiologue, j'étais toujours en accord avec ses jugements pertinents, son éthique irréprochable, ses regards qui en disaient long et son humour décalé « pince sans rire » qui faisait toujours mouche. Erik, tu me manques déjà.

Jean-Christophe Delesalle
 Secrétaire général FNMR
 Président des radiologues libéraux du Nord-Pas-de-Calais



FORCOMED, des programmes de DPC conçus par des experts qualifiés pour les médecins radiologues

Les forfaits en vigueur et les règles de financement du DPC pour 2017 sont les suivants :

- Chaque médecin a la possibilité de suivre 21 heures de formation, dont 10 heures maximum pour du non présentiel.
- Il perçoit une indemnisation, versée par l'ANDPC, à titre de compensation pour perte de ressources (45€ par heure de formation suivie, présenteielle ou à distance).
- Les coûts pédagogiques sont financés par l'ANDPC et directement réglés à l'organisme de formation.

**Nous vous invitons à profiter dès maintenant de ces financements
et à vous rendre sur notre site WWW.FORCOMED.ORG pour créer votre compte
et vous inscrire en ligne sur les programmes de votre choix :**

DES PROGRAMMES MIXTES AVEC UNE JOURNÉE PRÉSENTIELLE :

Le 28 avril à Paris : Perfectionnement en échographie mammaire

(7h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Experts-intervenants : Dr Isabelle Doutriaux-Dumoulin et Dr Valérie Juhan-Duguet

Le 04 mai à Paris : Exploration des troubles cognitifs et des démences en IRM

(7h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Experts-intervenants : Dr Olivier Granat et Dr Christian Pharaboz

Le 12 mai à Paris : Gestes d'urgence en radiologie : Prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire

(8h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Experts-intervenants : Dr Florence Lair, deux médecins urgentistes et un professionnel de la formation à l'urgence titulaire de l'AFGSU.

Le 19 mai à Paris : Sémiologie échographique de la pathologie pelvienne de la femme

(7h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Expert-intervenant : Dr Erick Petit

Le 09 Juin à Paris : Responsabilité médicale du radiologue

(7h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Experts-intervenants : Dr Christian Fortel et Dr Isabelle Fortel

Le 10 Juin à Bordeaux-Mérignac : Echographie des urgences ostéo-articulaires

(7h de présentiel + 1 heure de non présentiel)

Experts-intervenants : Dr Lionel Pesquer, Dr Benjamin Dallaudière, Dr Eric Pelé et Dr Nicolas Poussange

ET DEUX PROGRAMMES NON-PRÉSENTIELS, À VALIDER SUR LA PLATEFORME DE FORMATION À DISTANCE :

Du 20 avril au 16 mai 2017 : (programme de 4 heures)

Les vigilances dans un service d'imagerie médicale : mise en œuvre pratique

Expert-intervenant : Dr Florence Lair et M. Xavier Galus

Du 04 mai au 30 mai 2017 : (programme de 4 heures)

Hygiène et prévention des infections en imagerie médicale

Expert-intervenant : Dr Florence Lair et Dr Agnès Lashéras-Bauduin



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

En partenariat avec :



PHILIPS (2)



Nouveau cycle de formations sur MANAGEMENT & GESTION DE L'ENTREPRISE RADIOLOGIQUE

Formations destinées aux médecins radiologues et à leur personnel*

Le domaine de la santé et de l'imagerie médicale est en pleine mutation sur le plan technologique, organisationnel et économique. L'entreprise de santé d'imagerie médicale requiert de plus en plus de compétences en management et gestion.

Afin d'apporter les connaissances de base aux médecins radiologues, et à leur personnel, impliqués dans la gestion de leur groupe ou de leur cabinet mais aussi les internes et chefs de clinique en formation, FORCO FMC propose un programme de formations sur ce sujet.

Ces formations seront organisées en plusieurs modules d'une journée. Chaque module peut être suivi séparément

BIEN ACHETER ET FINANCER SON MATERIEL

09 mai 2017, à Paris ⁽¹⁾

AUTORISATION D'ACTIVITES ET DE MATÉRIELS LOURDS

10 mai 2017, à Paris ⁽¹⁾

RESEAUX SOCIAUX POUR LES NULS

09 juin 2017, à Paris ⁽²⁾

MIEUX SE COMPRENDRE, MIEUX COMPRENDRE LES AUTRES POUR ADAPTER SA POSTURE MANAGERIALE

21 septembre 2017, à Aix en Provence ⁽¹⁾

TRAVAILLER SON EFFICACITE RELATIONNELLE POUR GERER LES TENSIONS ET CONFLITS INTERPERSONNELS DANS SON ORGANISATION

22 septembre 2017, à Aix en Provence

STRATÉGIE PATRIMONIALE DU MÉDECIN RADIOLOGUE

15 novembre 2017, à Biarritz

STRATÉGIE PATRIMONIALE IMMOBILIERE PROFESSIONNELLE

16 novembre 2017, à Biarritz

*les formations du personnel peuvent faire l'objet d'une demande de prise en charge par Actalians.



Créez votre compte et inscrivez-vous en ligne : www.forcomed.org
Onglet « FMC Radiologue » et « Autre Formation »



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10648 30 Cherche successeur – Bagnols/Cèze (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 : 06.98.15.92.76 – dominiquetarrit@hotmail.fr

10734 69 Cession de cabinet – Lyon – Cause retraite – cède cab. de ville, conviendrait à 1 tps plein ou 2 tps partiels – Matériel récent : table télécommandée capteur plan (mi 2012), salle d'os, pano. dentaire, ostéodensito., mammogr. capteur plan (mi 2012), échogr. (2012). Fin des leasing 12/2017. Vac. IRM et scan.

› Contact : 06.59.93.61.67 – echoradiolyon@gmail.com

10740 17 Vente de cabinet – Ile d'Oléron – Cause retraite – cède cab. sans astreinte ni garde – 2 salles télécommandées, salle séno + console mammo., scanora., écho IU22, ostéo., archivage + serveur web, accès IRM.

› Contact Dr JOLLY : 06.61.43.37.34 (après 18h30) – jollymail@free.fr

10747 69 Cherche remplacement – Radiologue retraité, rech. remplacement en imagerie (sauf scan et IRM).

› Contact : 06.08.57.64.71 – annick_langlade@orange.fr

10748 42 Cherche associés – Importante struct. 28 radiol. sect 1 avec CAS rech. 3 assoc. (tps pleins ou partiels) : 1 assoc. ostéo articulaire et 1 assoc. pathologie de la femme (struct. neuve) – 1 généraliste avec possibilité de rx interv.

› Contact : 06.11.95.96.96 – groupementradiologues@gmail.com

10749 95 Cherche associé – Deuil la Barre. 5 radiol, rech rempl. régulier en vue asso. Cab 600 m², plateau tech. complet : IRM 1,5T – Scanner – Echo – Radio num.

› Site : imagerie-medicale-95.fr – Contact : 01.39.84.91.16 – ardouin1@wanadoo.fr ou dntt@orange.fr

10750 44 Cherche associé – Entre Nantes/Angers/Rennes. Rech.

radiol. 7 associés, 4 sites, matériel performant, convention exclusive avec 1 site clin. / hôp. équipé IRM/SCANNER.

› Contact Gilles CLEMENT : contact@actis-consultants.fr

10752 65 Cherche remplaçant / associé – Tarbes - Grpe 7 radiol. exerçant sur les 2 seules cliniques de la ville (~300 lits). Imagerie générale, Séno, Ostéo-art., cancéro, Uro-vasc. Interv. niveaux 1, 2, 3. IRM & 2 Scanners en propre. Tps plein 4j/sem.

› Contact : 06.85.32.57.44 – christelle.vinet@scanpy.com

10753 78 Succession / vente parts – Ouest Parisien - Grpe 4 radiol. dans hôp. privé (grpe Ramsay-GDS), rech. radiol polyvalent rempl. départ retraite. Prise en charge imagerie patients des urgences et UHCD patients hospitalisés. Importante activité externe : radio. et écho., interventionnel, accès 2 scanners et 2 IRM (cancérologie et ostéo-articulaire). Tps plein (4 jours, 1 samedi matin/3 sem, 1 astreinte de WE / 4-5 semaines).

› Contact : zarmarido@hotmail.fr pour envoi CV.

10754 60 Cherche associé – Beauvais – SELARL 4 radiol., rech. associé(e)s cause départ en retraite. Radio., mammo., écho., ostéo et large accès TDM-IRM (GIE).

› Contact Dr BECK : 06.30.44.28.70 – jean-pierre.beck2@wanadoo.fr

10755 69 Cherche successeur – Villeurbanne – Cab. 6 assoc., rech. successeur. Radio., écho., accès TDM-IRM. Possibilité développement activité ostéo-articulaire.

› Contact : 06.75.01.47.97 – radiograttciel@orange.fr

10756 34 Cherche successeur – Agde – Cause retraite 2017, SEL 7 assoc., rech successeur. Radio. conv., Séno., Ostéo., Echo., Scan, IRM et PACS.

› Contact : m.charret@wanadoo.fr

10757 64 Cherche successeur – Bayonne – SELARL 10 radiol., rech. successeur fin 2017 ou 2018. 4 cab. neufs, dont 1 en clin. avec interventionnel, salle hybride, accès 3 scanners, 3 IRM 1,5T.

› Contact : 06.89.86.29.38 – pcaseave@wanadoo.fr

10758 77 Cherche remplaçant – Marne la Vallée – Proche RER A, rech. rempl. pour vacances fixes ou

non : rx, Echo, Scanner, IRM, Mammo.
› Contact : 01.60.06.62.24 ou 01.60.21.75.69 – selcing@yahoo.fr

10759 65 Cherche remplaçant – Tarbes – Rech. rempl. du 17 au 29 juillet (10 jrs ouvrables). Cab. dans clin., activité polyvalente avec TDM/IRM.

› Contact Dr BONNET : 06.70.16.60.48 ou Mme VINET : 06.85.32.57.44

10760 971 Cherche remplaçants – Ile de St Martin et St Barthelemy. Cab. privé rech. rempl. pour juillet/août. Scanner, IRM, radio, mammo et Echo.

› Contact Coralie : coralie.cimin@gmail.com

DIVERS

10751 63 Vente de matériel – Cause cessation d'activité, vend. Capteur Plan Wifi Pixium Thales 35*43, janvier 2015.

› Contact Dr FOURNIER : 04.73.80.01.39

› 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 • 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 1^{er} trimestre 2017

ISSN 1631-1914

MÉDECINS RADIOLOGUES

BAIL SANTÉ

**VOUS SOIGNEZ AVEC DU MATÉRIEL
PERFORMANT, LE CMPS EST LÀ
POUR LE FINANCER EN CRÉDIT-BAIL.**

Crédit  Mutuel
Professions de Santé
www.cmps.creditmutuel.fr

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

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



By the way/Creacom - © Getty Images

SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

Les salariés sont une valeur essentielle de l'entreprise. Pour assurer leur avenir, UNIPRÉVOYANCE, institution de prévoyance à gestion paritaire, offre des garanties

complémentaires en matière de santé et de prévoyance en proposant des contrats collectifs solidaires et sécurisés. Pour nous contacter www.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire