

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Un malaise général



Le 23 avril la suppression du Z a été mise en application.

Cette mesure, rappelons-le, pénalise les capacités d'investissement des structures de radiologie et par conséquence entraîne une perte de chance pour nos patients. Certains centres d'imagerie, déjà en difficulté par les baisses répétées des dernières années, seront encore plus fragilisés, au point d'être menacés de fermeture.

Comment peut-on à la fois déplorer la désertification médicale et tout faire pour qu'elle se développe. Les fermetures de cabinet, qui ont commencé il y a sept ans (plus de 100 centres ont fermé), s'accroissent depuis quelques mois et les informations émanant des responsables de la Fédération prévoient de nouvelles disparitions de cabinets pour les mois qui viennent.

Quelle hypocrisie des tutelles, dans ces conditions, qui demandent toujours d'améliorer la participation au dépistage du cancer du sein et le parcours des soins pour nos patients.

Cette mesure est aussi une attaque directe, méprisante, contre notre spécialité en supprimant la lettre Z qui a toujours reflété notre spécificité et les charges supportées par la spécialité. La FNMR et tous les syndicats qui nous soutiennent vont, comme pour les forfaits techniques, engager tous les recours juridiques possibles pour attaquer cette décision.

La mise en place d'une radiologie « low cost » se retrouve aussi dans les mesures proposées pour réformer le 3^{ème} cycle des études médicales. La FNMR soutient pleinement les internes dans leur mouvement de grève illimitée pour combattre cette volonté d'atteinte à la qualité de leur formation.

Les ruptures de stock de médicaments, de vaccins et, pour nous, notamment d'Altim, pénalisent nos patients. Depuis plus de deux mois certaines infiltrations sont donc impossibles. Là encore, les tutelles laissent faire : serait-ce pour faire des économies supplémentaires ? Ce mépris envers les patients est inacceptable.

Les médecins radiologues de France se sont engagés dans un combat juste. Nous n'aurons des chances de le gagner que grâce à notre unité et notre détermination.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

- Un an après les GHT :
 - Présentations 02
 - Table ronde..... 09
- Vie fédérale : élection bureau 13
- Non au sabotage de l'imagerie médicale ! 14
- Les inégalités devant les restes à charge 17

- Petites annonces 20
- Adhérez à la FNMR 20
- Annonceur : LABELIX 03



Séminaire de réflexion FNMR 28 janvier 2017 Un an après, les GHT ¹

En prélude à sa réunion statutaire du 28 janvier 2017, le Conseil d'administration de la FNMR accueillait plusieurs intervenants pour faire le point sur les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) un an après leur création par la loi de modernisation de notre système de santé ².

Le programme

Introduction : Dr Jean-Philippe MASSON, Pdt de la FNMR

Le point de vue des institutionnels :

Katia JULIENNE, adjointe à la directrice générale de la DGOS
David GRUSON, délégué général de la FHF

Le point de vue des médecins radiologues :

Dr. Pascal BEROUD, radiologue hospitalier
Dr. Marc MIGRAINE, président du G4 Normandie : radiologue libéral

Table ronde : Dr. Pascal BEROUD, Pr. Louis BOYER, David GRUSON, Katia JULIENNE, Pr. Jean-François MEDER, Dr. Bruno SILBERMAN, Dr. Laurent VERZAUX

Jean-Philippe Masson, président de la Fédération introduisait les débats en rappelant que grâce à son unité, la profession a pu, dans le cadre du Conseil professionnel de la radiologie (G4), faire adopter un amendement à la loi de santé donnant un statut juridique aux Pôles d'Imagerie Mutualisés (PIM).

La même loi a aussi donné naissance aux Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Au bout d'un an, un premier bilan peut être tiré ³.

Les GHT vus par Katia JULIENNE (DGOS ⁴)



L'imagerie médicale a une place prépondérante et croissante dans l'offre de soins. Initialement, diagnostique, elle a, aujourd'hui, en plus, une dimension thérapeutique. Elle permet d'améliorer la prise en charge des patients pour un diagnostic de plus en plus précoce et la mise en place d'un traitement adapté dans le cadre d'une médecine personnalisée. Elle permet également de soigner grâce aux techniques interventionnelles.

Dans de nombreuses situations cliniques, elle offre une alternative mini invasive à la chirurgie pour traiter les tumeurs cancéreuses, les pathologies artérielles, comme les anévrismes et les sténoses.

Les radiologues deviennent des acteurs de premier ordre dans la stratégie thérapeutique.

Evolution de la régulation de l'imagerie

La régulation actuelle de l'offre en imagerie ne permet pas d'assurer totalement la meilleure adéquation entre l'offre disponible et les besoins de la population. Elle est essentiellement quantitative.

Néanmoins, deux grands objectifs sont atteints :

- Le développement du parc d'IRM avec plus de 900 équipements aujourd'hui, soit près de 14 par million d'habitants.
- L'optimisation de l'utilisation des équipements.

Cependant, les délais d'accès à l'imagerie en coupe sont encore trop longs, notamment pour l'IRM avec 30 jours pour un cancer. Il y a aussi de fortes disparités géographiques et structurelles de l'offre d'imagerie.

Il est donc nécessaire de faire évoluer le pilotage, à travers :

- une meilleure prise en compte des besoins de la population

¹ Groupement Hospitalier de Territoire.

² Loi du 26 janvier 2016.

³ Compte rendu sous la responsabilité de la rédaction.

⁴ Direction générale de l'offre de soins.

- une optimisation de la structuration de l'offre en encourageant, notamment, la mutualisation des équipements et des moyens humains ainsi que la promotion de la complémentarité et de la substitution au sein d'un même plateau d'imagerie.
- une régulation qualitative avec la pertinence.

Une homogénéisation des règles d'identification, de quantification et de priorisation des besoins en imagerie est nécessaire. Ce travail doit être réalisé avec les professionnels de l'imagerie médicale. Il sera un appui aux Agences Régionales de Santé (ARS) et permettra de déterminer le maillage adéquat et d'avoir une vision dynamique de l'activité des ressources mobilisées et de l'atteinte des objectifs fixés.

L'amélioration de la structuration de l'offre passe par différents travaux auxquels la FNMR a été associée :

- L'encadrement de l'imagerie interventionnelle, avec un groupe de travail qui contribue à définir les règles du jeu.
- La réflexion autour de l'informatisation de la demande et du rendu d'examen d'imagerie nécessaire pour améliorer le suivi.
- La proposition de plateau d'imagerie médicale mutualisée, qui préfigure ce que pourrait être le futur régime d'autorisation.

La réflexion porte sur une évolution structurante du régime d'autorisation abandonnant la logique d'équipement de matériel lourd pour autoriser une activité et donc un plateau d'imagerie. Ce nouveau régime devra contribuer à la mise en place de filières de prise en charge et de plateaux territoriaux partagés permettant de mutualiser les équipes et les équipements autour d'un projet médical répondant aux besoins identifiés.

L'évolution vers une organisation de l'offre en imagerie fondée sur l'évaluation des besoins et la structuration d'un maillage territorial adapté est en route avec, comme objectifs principaux, la fluidification des parcours de soins, l'efficacité des organisations, la simplification et l'harmonisation des processus.

Concernant l'amélioration de la pertinence : la réalisation d'examens non pertinents est de nature à allonger les délais d'accès à l'imagerie, elle expose inutilement les patients, dans certains cas, à des rayonnements ionisants et engendre des dépenses inutiles. Il est important de disposer d'un référentiel de bonnes pratiques à l'usage des demandeurs d'examen et des radiologues. Les recommandations de la HAS et du guide du bon usage des examens d'imagerie de la SFR constituent une base très solide mais il faut aller plus loin en cherchant le meilleur consensus.

Publi - Rédactionnel



Qualité



Formation référent qualité : un atout dans la démarche de labellisation

La formation « Référent qualité : les fondamentaux à maîtriser », organisée par LABELIX en partenariat avec FORCO FMC au mois de mars, a connu un réel succès, d'autant plus qu'en 2018 de nouvelles dispositions réglementaires seront mises en place, et LABELIX est la meilleure façon de s'y préparer.

Cette formation est ouverte à tous les acteurs impliqués dans la labellisation ou souhaitant s'impliquer. Elle vise à expliquer les

enjeux d'un tel investissement pour un site d'imagerie, en passant par le management, les concepts et facteurs clefs jusqu'à la préparation d'un audit de labellisation, en mettant surtout l'accent sur l'animation de la démarche qualité.

Une nouvelle formation « Référent qualité » sera mise en place dans le deuxième semestre 2017.

Formation des auditeurs : bonnes pratiques d'audit LABELIX en imagerie médicale

Une formation « Bonnes pratiques d'audit LABELIX en imagerie médicale », organisée par LABELIX en partenariat avec FORCO FMC début avril, a permis une remise à niveau et la formation de nouveaux auditeurs des sociétés d'audit au nouveau référentiel LABELIX. Elle a permis également de former les personnes d'une nouvelle société d'accompagnement.

Nous vous rappelons que les auditeurs des sociétés d'accompagnement et d'audit doivent être agréés pour 3 ans par LABELIX et FORCO FMC.

La liste des auditeurs agréés sera publiée dans le site LABELIX.

CONTACTEZ-NOUS

LABELIX

168 A, rue de Grenelle - 75007 PARIS
Tél : 01.82.83.10.21 - Fax : 01.45.51.83.15
info@labelix.org

Notre démarche se veut consensuelle ; les actions sont menées de concert par les différentes institutions, notamment ASN, HAS et DGOS, en association avec le G4 dans le cadre d'un plan national d'actions.

Les GHT

Les professionnels hospitaliers sont en train d'élaborer le Projet Médical Partagé, qui devra être arrêté le 1^{er} juillet, et le Projet de Soins Partagé base des groupements.



Qu'est-il attendu précisément des GHT et que disent les textes ?

La loi de modernisation de notre système de santé, avec l'article L.6132-3, dispose que les établissements d'un GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle. Cette notion d'organisation en commun laisse toute latitude aux établissements pour mettre en face des traductions opérationnelles variées. Organiser en commun peut trouver différentes traductions opérationnelles : de l'harmonisation des pratiques professionnelles, à la mise en commun des plateaux techniques, en passant par la constitution d'équipes communes ou de pôles inter-établissements.

La traduction opérationnelle, pour l'offre d'imagerie, sera propre à chaque GHT pour deux raisons :

- Premièrement, l'organisation n'est pas la même selon que le GHT compte 2 ou 20 établissements ou selon que les sites sont distants de 10 kilomètres ou de plus de 600 kilomètres, voire 1 400 kilomètres pour La Réunion et Mayotte. Elle est aussi différente selon que l'établissement détient 16 IRM ou aucune. Au total, 135 GHT ont vu le jour, très hétérogènes en raison de l'hétérogénéité des territoires et de l'offre de soins mais aussi des projets adoptés par les établissements.
- Deuxièmement, l'organisation dépendra aussi très fortement de l'offre en dehors du GHT et des coopérations existantes. Il y a une trentaine de GCS⁵, porteur d'une autorisation de scanner ou mutualisant des moyens d'imagerie.

Concernant le projet médical partagé, le décret d'application introduit une approche centrée sur le patient. Les projets médicaux partagés et les projets de soins partagés doivent être construits autour de filières qui dépassent la spécialité pour privilégier une approche centrée sur le patient. C'est, en quelque sorte, le croisement entre une

approche par grandes familles de pathologies, avec une approche par modalité de prise en charge.

Pour chaque filière, le projet médical partagé qualifie la gradation des prises en charge entre les différents établissements en identifiant les participants à la PDES⁶, l'activité de consultation, l'hospitalisation, le fonctionnement des plateaux techniques, la prise en charge en urgence, l'activité d'HAD et la prise en charge médico-sociale. L'imagerie a donc vocation à constituer un fil rouge du projet médical partagé en alimentant toutes les filières supposant le recours à l'imagerie.

Quelle est la méthode de travail ?

L'élaboration du projet médical partagé doit partir d'un diagnostic de l'offre au sein des membres du GHT et des autres offreurs du territoire. Il ne s'agit, en aucun cas, de créer une activité au sein du GHT qui viendrait en double d'une offre déjà existante et donnant satisfaction sur le même territoire.

Nous serons particulièrement vigilants à ce que les projets médicaux partagés ne soient pas des feuilles de route « hors-sol » mais s'inscrivent dans le territoire.

Dans ce diagnostic, il convient de prendre en compte l'état des lieux des coopérations : GCS, GIE⁷ d'imagerie. Toute coopération donnant satisfaction doit être confortée.

Nous entendons les retours de terrain nous indiquant la déconstruction, au prétexte de GHT, de coopérations fructueuses ; ce n'est pas le sens des orientations nationales. Un fascicule avec 12 questions clés à se poser pour bâtir des partenariats et associations autour du GHT a été publié par la DGOS⁸. Il indique explicitement : « si des coopérations fructueuses avec des professionnels libéraux existent, il faut se demander comment les approfondir et en quoi elles peuvent alimenter la feuille de route des GHT ».

Selon la maturité des organisations, il peut même être envisagé d'intégrer, dans le tour de table des discussions sur le projet médical partagé, des professionnels libéraux particulièrement investis dans la prise en charge des patients hospitalisés.

Il y a aussi un certain nombre de questions juridiques, par exemple, comment partager un équipement entre établissements d'un GHT et professionnels libéraux ? Pour évoquer ces points de droit mais aussi les enjeux organisationnels, des groupes de réflexions sur l'imagerie au sein des GHT seront prochainement lancés.

La DGOS a la volonté de construire l'offre de soins de demain avec l'ensemble des acteurs des territoires. Les GHT n'ont pas vocations « à casser » les partenariats qui donnent pleinement satisfaction.

⁵ Groupement de coopération sanitaire.

⁶ Permanence des soins en établissements de santé.

⁷ Groupement d'intérêt économique.

⁸ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_ght_associations_partenariats_privé_12_points_cles.pdf

Les GHT vus par Pascal BEROUD (Radiologue hospitalier)



Lors du travail législatif sur le projet de loi santé, la profession des radiologues, unie, a présenté un amendement sur les Pôles d'Imagerie Médicale Mutualisés (PIMM). Celui-ci après de longues bagarres a été inclut dans la loi.

La loi comporte aussi le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui est, pour l'hôpital, une révolution. Le GHT porte deux notions innovantes. Celle du territoire, les hôpitaux sont des structures qui ont toujours été attachées à une ville ou un petit territoire, et la notion de groupe, alors que, par définition, les hôpitaux ont toujours travaillé seuls.

Le GHT va imposer des coopérations et une discussion sur la manière de prendre en charge les patients (filière de soins avec niveau proximité et recours) en oubliant l'idée que chaque hôpital doit tout faire.

Le deuxième élément, plus critiquable, est son caractère obligatoire. Jusqu'à présent, chacun faisait ce qu'il voulait, même s'il y avait des embryons d'organisation territoriale. Maintenant, il y a une obligation que la structuration de l'hôpital se modifie. La critique faite est un hospitalo-centrisme confortée par la lecture de l'objectif.

Les hospitaliers ont été un peu « chiffonnés » qu'on les tacle d'hospitalo-centristes. Lorsque les cliniques se sont réorganisées, on n'a pas demandé aux directeurs d'hôpitaux leur avis, lorsque les groupes d'imageries se sont structurés pour arriver à 150 radiologues, personne n'a demandé aux médecins publics si cela leur posait un problème ou si cela leur paraissait cohérent. Les hôpitaux sont obligés de conduire une large négociation alors que les autres structures ne l'ont pas forcément eue.

En imagerie, la situation est différente puisque les collaborations privé/public y sont anciennes et que nous avons anticipé il y a une quinzaine d'années une organisation territoriale. C'est le projet professionnel commun qui a évolué pour arriver à l'amendement que nous avons tous défendu.

Nous avons été avant-gardistes sur cet aspect et cela ne nous choque pas du tout de discuter avec les libéraux. Le discours de la DGOS va dans ce sens, on peut s'en réjouir même s'il y a quelques barrières à franchir pour que cette démarche soit partagée par tous les acteurs de terrain.

⁹ Syndicat des Radiologues Hospitaliers.

La diversité des GHT

Les GHT sont très divers. Par exemple, en Occitanie, un GHT peut, ici, couvrir un département, ailleurs la moitié seulement d'un département. Certains intègrent un CHU, d'autres non. Les budgets peuvent aussi être très différents.

Les GHT existent aujourd'hui administrativement (en Ile-de-France, tous les CH ont intégré un GHT à une exception près) mais fonctionnellement ils sont en construction.

L'aspect économique : le GHT n'a pas de personnalité morale, il n'a donc pas de budget propre et les établissements restent avec leur budget. Cependant, l'Agence Régionale de Santé (ARS) analysera les budgets prévisionnels au niveau des GHT. Du point de vue budgétaire, les recettes des établissements proviennent principalement de la tarification à l'activité (T2A). Le transfert d'un patient en dehors de l'hôpital entraîne la perte potentielle des recettes. C'est une difficulté pour le fonctionnement des GHT.

Le GHT doit comprendre un hôpital pivot qui gère au nom du groupement, un certain nombre de points (achats, système d'information, département d'information médicale et la formation).

Certains éléments sont facultatifs ; mises en commun d'activités administratives ou blanchisserie, éventuellement médico-techniques.

Le projet médical comprend obligatoirement une organisation en commun de l'activité médico-technique : imagerie diagnostique et interventionnelle et la biologie médicale. Pour l'imagerie, le rapport intermédiaire de la mission GHT proposait que les établissements hospitaliers organisent en commun les activités de pharmacie à usage intérieur, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant, au sein d'un pôle inter établissements. Le rapport définitif de février 2016 préconisait que la mise en commun obligatoire dans un pôle inter établissements, soit une quasi-fusion des services. La loi a retenu la première approche.

Le projet médical partagé inclut aussi la télémédecine et peut réaliser des transferts d'activités entre établissements ainsi que des transferts d'équipements lourds. Le SIH doit, lui, aboutir à un identifiant unique pour le GHT.

Le SRH⁹ a conduit une enquête, en octobre 2016, auprès de ses adhérents pour juger de l'avancée des projets



médicaux partagés. A cette date, 57% des radiologues déclaraient avoir avancé sur le projet mais seulement 35% avaient travaillé sur la mutualisation et 14% évoquaient un transfert d'autorisation de scanner au sein du GHT. En revanche, le taux remonte à 71% pour les transferts d'images, l'interopérabilité des PACS¹⁰ ou un PACS commun.

La démographie

Les établissements hospitaliers doivent gérer la pyramide des âges des radiologues. 50% des postes à temps partiel et 40% des postes à temps plein ne sont pas pourvus. Ils peuvent être occupés par un remplaçant, par exemple, mais ne le sont pas par un titulaire.

Les radiologues ont toujours défendu le principe d'une coopération au niveau territorial qui peut se faire, aujourd'hui, dans un Pôle d'Imagerie Médicale Mutualisé. Mais il ne faut pas oublier l'obligation d'une organisation commune dans le cadre du GHT, obligatoire dès le 1^{er} juillet 2017. Dans le cas d'un PIMM auquel participe un établissement du GHT, il faudra montrer que le GHT ne peut pas répondre aux besoins de la population.

Etant donné que les radiologues hospitaliers ne sont que 30%, il paraît difficile qu'ils puissent répondre à 100% des besoins dans tous les territoires.

La partie imagerie du projet médical est plutôt un élément d'opportunité pour la spécialité. Il faut se rappeler que les SAU, service d'accueil des urgences, ont été créés sans que les radiologues participent à son organisation. Ils sont présents dans les GHT et doivent se manifester.

Dans les GHT, la création d'un pôle imagerie inter-établissements n'est pas une obligation et l'imagerie interventionnelle n'a pas été oubliée.

Le SRH avait conseillé aux radiologues aussi de travailler sur la téléradiologie et de mettre en place des mutualisations, de proposer des PACS et des RIS¹¹ communs dans le système d'information, et de ne pas oublier la possibilité de créer un PIMM parce que pour les médecins radiologues, la vision est que, dans un territoire, il faut que les équipes, si elles sont volontaires, travaillent ensemble et aient des projets communs dans le cadre qui existe.

Mais il y a encore quelques obstacles ; par exemple sur mon secteur, nous sommes en discussion avec les libéraux pour la création du PIMM, avec le soutien de notre direction générale, mais nous nous heurtons à une difficulté avec l'ARS sur la méthodologie à mettre en place.

¹⁰ Picture Archiving and Communication System (Système d'archivage et de transmission d'images).

¹¹ Radiology Information System.

¹² Médecine, chirurgie, obstétrique.

¹³ Centre Hospitalier Universitaire.

Les GHT vus par Marc MIGRAINE (Radiologue libéral)



Le groupement

Le groupement hospitalier est un regroupement de plusieurs hôpitaux publics de proximité autour d'un établissement support. Il y a à peu près 800 MCO¹² regroupés autour de 135 GHT, un quart fait plus de huit établissements et un quart moins de quatre. Chaque GHT doit définir un projet médical avant l'été 2017.

L'objectif de cette réorganisation est de rationaliser l'offre hospitalière publique de soins avec un fléchage des activités, par exemple, le CHU¹³ de Rouen va faire l'oncologie urologique, tandis que l'hôpital d'Elbeuf concentrera la prise en charge des AVC, etc.

Cette répartition équitable des spécialités peut se concevoir dans certains GHT, mais, dans d'autres, lorsqu'il y a un hôpital beaucoup plus important que les autres hôpitaux, le groupement aura pour effet de concentrer l'activité sur l'établissement support et de reléguer les hôpitaux de proximité au statut de grosse infirmerie. Les coopérations publiques-privées ne sont pas envisagées dans les projets médicaux puisque c'est un projet 100% public. L'objectif est de rationaliser l'offre hospitalière publique pour « gagner des parts de marché sur l'offre hospitalière privée » selon des propos tenus par un dirigeant hospitalier normand.

L'établissement support prédomine avec le risque qu'il pense et décide à la place des hôpitaux de proximité.

Le GHT comprend des mutualisations comme les achats mais aussi le système informatique qui doit être unique au sein du GHT. Si une informatique unique facilite la télémedecine et la téléradiologie dans les hôpitaux du GHT, elle ne facilite pas les collaborations avec le secteur libéral.

Le plateau d'imagerie doit être mutualisé au sein du GHT. Initialement, il avait été prévu qu'il serait possible de transférer les autorisations d'un hôpital du GHT à un autre sans autorisation de l'ARS. Le gouvernement a renoncé à ces transferts.

Le territoire

Il y a deux réalités territoriales très différentes en France : des territoires attractifs et des territoires en souffrance. Les territoires attractifs correspondent aux agglomérations de plus de 300 000 habitants, qui sont des gisements d'emplois et connaissent une augmentation

du nombre de leurs habitants : + 15 000 à Bordeaux, + 10 000 à Toulouse, chaque année.

La présence médicale dans les territoires attractifs se caractérise par le CHU entouré d'hôpitaux moyens ou grands. Dans les CHU, la pénurie de médecins n'est pas aussi importante que dans les hôpitaux de proximité et les médecins libéraux ne sont pas indispensables à leur fonctionnement. L'hospitalisation privée est vigoureuse, il existe de grands groupes de radiologues et souvent un parc de scanners et d'IRM qui permet d'avoir des délais d'attente relativement réduits.

A l'inverse les territoires en souffrance correspondent aux campagnes, aux territoires semi-urbains. Ces territoires sont souvent des déserts économiques et médicaux s'accompagnant d'une réduction des services publics. Ils perdent des habitants. L'hôpital est, souvent, le plus gros employeur de la région.

Dans ces territoires, la présence médicale se caractérise par une démographie très insuffisante, un hôpital public de proximité souvent en difficulté financière et en sous-effectif médical, qui fonctionne, en partie, grâce aux médecins libéraux locaux, qui sont PH à temps partiel ou attachés. L'offre de radiologie et de biologie persiste dans ces territoires. Les radiologues sont en général regroupés en petites associations, quelques cliniques privées ont survécu à la restructuration de l'hospitalisation privée et il y a un parc d'IRM très insuffisant ; les délais d'attente sont, bien souvent, supérieurs à deux mois.

L'hôpital de proximité est au centre de deux logiques opposées.

Il y a d'abord une logique de centralisation de l'offre de santé sur l'hôpital support pour réduire les coûts. En poussant la logique, on pourrait même fermer les petits hôpitaux. Il y a aussi

une logique, contraire, d'aménagement du territoire où l'hôpital sert à préserver l'emploi et à lutter contre le désengagement des services publics.

L'hôpital de proximité est maintenu au prix d'une mise sous tutelle par l'établissement support. L'esprit du GHT est 100% public et met en péril les coopérations public-privé. Par exemple, les patients sont dirigés vers l'établissement support au détriment de l'hospitalisation privée. Le privé ou le libéral sont d'ailleurs ignorés jusque dans les textes qui consacrent le caractère totalement public du GHT.

Il importe que la mise en place des GHT ait bien pour objet la restructuration du secteur public d'un territoire, tout à fait justifiée, et non pas l'ensemble de l'offre de

soins de ce territoire. Les projets médicaux des GHT ne doivent pas devenir les Projets Régionaux de Santé (PRS) des Agences régionales de santé (ARS).

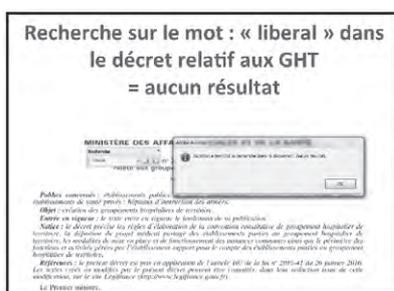
La radiologie libérale est très concernée par les GHT car les radiologues sont déjà très présents dans les hôpitaux locaux. 78% des radiologues travaillent hors des grandes villes, 47% des radiologues sont PH à temps partiel, surtout dans les hôpitaux de proximité. Demain, la radiologie libérale sera aussi concernée par les GHT pour les futurs projets d'IRM dans les hôpitaux locaux et pour rapprocher les équipements lourds des habitants de ces territoires en souffrance.

Le PIM, pôle d'imagerie mutualisé, est prévu à l'article 113 de la nouvelle loi de santé. Il peut être créé, sur autorisation de l'ARS, en cas d'impossibilité du GHT à répondre aux besoins exprimés. Cela préfigure, administrativement, l'installation d'équipements lourds dans les hôpitaux locaux dans le cas des PRS 2018-2023.

Le pôle d'imagerie mutualisé réunit des radiologues publics et privés. Il concerne les équipements lourds, interventionnels et tout équipement d'imagerie ; c'est la seule porte d'entrée de l'imagerie libérale dans le GHT. Actuellement, elle est possible en raison du sous-effectif de l'hôpital public mais ces effectifs devraient augmenter. On peut se demander ce qu'il adviendra, alors, des coopérations.

En conclusion, le GHT est une vision économique pour réduire les dépenses, centralisé sur l'hôpital support. Le secteur libéral est absent de la réflexion.

Quelle est la conduite à tenir pour les radiologues ? Il faut développer les coopérations publiques-privées pérennes tant que c'est possible mais aussi les coopérations privées-privées en réaction aux GHT et accompagner la restructuration de l'hospitalisation privée.



Les GHT vus par David GRUSON (FHF¹⁴)



Les groupements hospitaliers de territoire ont un double objectif, qui était dans les gènes de la stratégie de groupe que la Fédération appelait de ses vœux.

Il y a d'abord un objectif de recomposition de l'offre publique de soins mais aussi un objectif d'ouverture. Les approches que les radiologues ont sur le terrain de

¹⁴ Fédération Hospitalière de France.

l'ouverture sont mitigées et diversifiées par rapport à la double conduite de cet objectif. Si l'objectif avait été simplement un partenariat entre le public et le privé, il n'était pas nécessaire de faire une disposition législative.

Pour une stratégie de groupe



Dans les groupements, il y a aussi l'objectif de recomposition de l'offre publique de soins. C'est un dispositif de coopération obligatoire, ce qui n'était pas le cas dans les communautés hospitalières de territoire. C'est un partenariat entre établissements publics, avec un établissement support, des éléments d'intégration forts, notamment avec le plateau medicotechnique, le système d'information, et une logique de convergence autour d'application unique et d'intégration de la démarche qualité.

On trouve dans la diversité des groupements hospitaliers de territoire des formes plutôt fédératives ou très intégrées.

Au lancement des groupements, le ministère les a mis « sur orbite » en affichant les projets médicaux partagés de territoire, qui sont leur colonne vertébrale. Les groupements étaient à distance de la logique économique. Mais les professionnels, en ville ou à l'hôpital, ont bien compris que cette approche dichotomique n'avait aucune portée réelle ; les groupements se déploient dans un contexte de pression économique fort.

Les acteurs de terrain portent les groupements autour d'un objectif prioritairement médical mais avec des logiques de mutualisation, de gains d'efficacité, qui nous amènent à poser des questions sur les modalités de fonctionnement des établissements. Il faut, par exemple, inventer les outils d'aménagement de la mobilité dans les groupements.

En ce qui concerne les systèmes d'information, aujourd'hui, pour étendre le dossier patient informatisé d'un hôpital à l'échelle du groupement, il faut faire, sous le régime du code des marchés publics, une remise en concurrence de l'ensemble des applications, ce qui coûte très cher. Il faut sans doute se poser la question de l'opportunité de maintenir les hôpitaux publics dans le cadre du code des marchés pour ce type de prestation.

Si l'on n'ouvre pas maintenant cette perspective, les économies majeures de mutualisation par extension de prestations nous échapperont et c'est autant d'efforts qui se répercuteront sur la masse salariale et donc sur les effectifs de nos établissements.

Ce raisonnement est aussi valable sur les prestations de services de proximité très diverses, comme les prestations de sécurité anti-malveillance ou incendie.

Dans l'article 107, l'imagerie est une des flèches avancées de l'intégration, cela veut dire que cette logique de recomposition de l'offre est à l'œuvre sur le terrain. Pour la biologie, des inquiétudes s'expriment dans le monde libéral sur le transfert et la concentration d'activités.

Nous avons le sentiment que la plupart de nos adhérents ont conscience de la nécessité d'ouverture sur le monde libéral mais ils sont pris par le calendrier de déploiement des groupements très rapide. Il fallait faire fonctionner les groupements. Maintenant, nous centrons notre message en disant qu'il est urgent d'entrer dans le deuxième temps des groupements hospitaliers de territoire, celui de l'ouverture aux partenaires.

Il n'y a pas, dans la loi de santé, de dispositifs d'association avec les médecins de ville et les professionnels libéraux. Mais des outils existent : les conventions de partenariat avec les établissements privés à but lucratif ou non.

Ce que la loi n'interdit pas, les acteurs peuvent le faire ; par exemple, prévoir un mécanisme d'association systématique des professionnels libéraux au plan hospitalier de territoire fera partie des orientations que la Fédération portera dans sa plate-forme.

Dans le tour de France de la FHF pour l'élaboration de sa plate-forme, nous avons rencontré les professionnels sur le terrain avec des bonnes pratiques qui existent déjà ou qui émergent. Elles ont des formes hétérogènes d'un territoire à l'autre avec, parfois, des inclusions professionnelles des libéraux dans la gouvernance des groupements.

La FHF va demander à ses adhérents de prévoir ce mécanisme d'association mais nous nous retiendrons de préconiser une réglementation pour que cette logique modulaire, plastique puisse être portée et encouragée. Avec vous, nous aurons à promouvoir ces bonnes pratiques pour les faire reconnaître.

Il faudra aussi savoir se parler directement lorsqu'il y aura, en sens inverse, des pratiques moins pertinentes dans la mise en œuvre de partenariats.

Du point de vue de la FHF, l'ouverture des groupements sur la ville est un enjeu majeur par rapport aux filières d'adressage des patients et à l'évolution du mode de financement.

Si l'on est capable de se rassembler pour porter des options pragmatiques et positives, il faut le faire car, à chaque fois que coule l'encre réglementaire, ce sont des marges de manœuvre que l'on retire aux acteurs de terrain. ■



Un an après, les GHT

La table ronde

Dr. Pascal BEROUD,
Pr. Louis BOYER - Pdt CERF,
M. David GRUSON - FHF,
Mme Katia JULIENNE - DGOS,
Dr. Jean-Philippe MASSON - Pdt FNMR,
Pr. Jean-François MEDER - Pdt SFR,
Dr. Marc MIGRAINE,
Dr. Bruno SILBERMAN - 1^{er} Vice-Pdt FNMR,
Dr. Laurent VERZAUX - Vice-Pdt FNMR

Après les présentations, les membres du Conseil d'administration ont entamé le débat en interrogeant les intervenants pour obtenir plus de précisions, mais aussi en faisant part de leurs remarques tirées de leurs expériences dans les territoires. Nous présentons une courte synthèse des principaux points abordés.

Coopération public-privé

Si les principes et les orientations exprimés par Katia Julienne sont bien accueillis, plusieurs administrateurs émettent des réserves soit parce qu'ils estiment les textes en contradiction avec le discours de la DGOS ¹, soit parce que leur expérience locale leur montre une approche plus rigide de la part de certains GHT vis-à-vis du secteur libéral.

Un intervenant observe une contradiction entre le discours de la DGOS et les décrets d'application des GHT. Ainsi, pour les Plateaux d'Imagerie Mutualisés, la porte est ouverte aux coopérations mais elle est étroite car il faut démontrer que le GHT n'est pas en capacité de répondre aux besoins. Il faut ensuite que l'ARS ² donne son accord, revu tous les cinq ans. Cela laisse sceptique sur les coopérations.

Katia Julienne n'a pas la même lecture des décrets qui ont pour objet la réorganisation des établissements publics mais aussi une approche territoriale de l'offre de soins qui dépasse ces établissements. Il y a complémentarité entre ces deux objectifs.

La directrice indique que les coopérations public-privé peuvent aussi prendre la forme d'une convention et se développer ainsi au sein d'un GCS ³ ou d'un GIE ⁴ et être acceptées par les Agences Régionales de Santé. Chaque territoire doit trouver sa solution.

Pascal Bérourd fait part de la position de l'ARS qui, dans un projet de PIMM entre un établissement et un groupe libéral auquel il participe, veut lancer un appel d'offre. C'est un des obstacles à surmonter pour concrétiser une coopération.

Pour Alain Rahmouni, il serait plus efficace de parler de coopération entre les praticiens hospitaliers et les professionnels libéraux plutôt qu'entre établissements et libéraux.



Pr Alain Rahmouni

Bruno Silberman s'interroge sur le degré d'autonomie de gestion de l'outil, dont les radiologues, libéraux et hospitaliers, peuvent disposer dans le cadre d'un PIM ⁵ sachant que l'imagerie a un rôle structurant de l'offre. C'est la différence fondamentale dans la coopération, si l'on veut aller un peu plus loin que la collabora-

tion médicale ou la réponse à la continuité des soins.

David Gruson souligne qu'en droit, les groupements hospitaliers de territoire n'annulent pas les associations et dispositifs de partenariat existants. Mais il reconnaît qu'il peut y avoir des problèmes de management.

Pour le délégué général de la FHF, les PIM sont un bon outil, un levier important de structuration de l'imagerie à l'échelle des groupements. C'est un vecteur parmi d'autres formes de coopération que la Fédération a accompagnées. Il faut proposer des modèles mais ne pas s'y laisser enfermer.

¹ Agence Régionale de Santé.

² Groupement de coopération sanitaire.

³ Groupement d'intérêt économique.

⁴ Pôle d'Imagerie Mutualisée.

⁵ Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

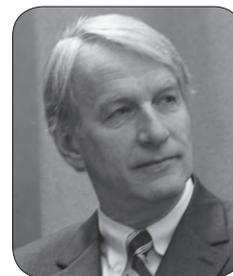


Il faut avoir des outils de mutualisation des forces sur le plateau médicotechnique, ce qui est le cas des PIM, mais il faut être capable de porter des approches plus globales à l'échelle de ces nouveaux territoires.

Répondant à la question sur l'autonomie de gestion des radiologues, David Gruson attend des ARS qu'elles sortent de la micro régulation d'enveloppes et arrêtent de s'ingérer dans la gestion des différents acteurs en ville et à l'hôpital. Leur rôle est d'assigner des objectifs de pilotage de la recomposition de l'offre et de s'assurer de la permanence et de l'accessibilité des soins, en laissant les acteurs se saisir de leur autonomie et de leur action.

Mais il faut tenir compte de la démographie médicale. Il y a des dizaines d'exemples de plateaux techniques MCO⁶ hospitaliers, à un tel niveau démographique en chirurgie, en anesthésie et en imagerie, où se pose la question de leur survie. Si l'on apporte des réponses à 10 ans, il y aura un mouvement de restructuration rampante rapide du réseau.

Jean-François Méder fait observer l'importance de l'hôpital de proximité mais il regrette que soit trop souvent fait un parallélisme entre d'un côté l'hôpital de recours et les équipements lourds, et de l'autre l'hôpital de proximité et les équipements non lourds. La distinction entre équipements lourds et non lourds n'est plus d'actualité ; il y a des équipements pertinents et d'autres qui ne le sont pas. Pour le président de la SFR⁷, la mise en place des coopérations serait un échec si l'on ne réserve à la proximité que des équipements inadaptés ; une IRM de proximité paraît être le minimum.



Pr Jean-François Méder

Projet médical

Alain Rahmouni veut savoir si le projet médical vu par le ministère est celui des médecins, du directeur de l'hôpital ou de l'ARS ? "C'est celui des médecins" répond Katia Julienne.

Une autre question porte sur les périmètres des GHT qui pourraient servir de zones d'offres au sein des PRS⁸ sans la concertation qui existait jusqu'alors dans l'élaboration des SROS⁹. Pour Katia Julienne, le projet médical doit être cohérent avec le PRS.

Autorisations



Dr Bruno Silberman

Bruno Silberman rappelle que la personnalité des responsables aux différents niveaux conduit à des applications assez variables des textes législatifs ou réglementaires. La loi de santé met le GHT et l'hôpital public au centre du territoire et, de fait, au centre du débat dans l'organisation du territoire. C'est une inquiétude pour les nouveaux régimes d'autorisation. Il va falloir cadrer le rôle de chacun pour les autorisations de niveau 1, 2 et 3, comme on les connaît en France depuis toujours. De nombreuses obligations risquent de se retourner contre l'exercice libéral et une certaine organisation libérale qui existe aujourd'hui. Il ne faut pas confondre coopération et intégration ou obligation de coopération sous la tutelle des hôpitaux.

Les discours officiels demandent d'avoir confiance mais les textes de loi sont différents et dépendent beaucoup de la manière de les appliquer.

Sur la question des autorisations, Laurent Verzaux s'inquiète de l'évolution de leur régime. La DGOS annonce un mode d'autorisation structurant autour d'un projet médical partagé. Mais les GHT sont en train d'écrire des projets médicaux sans que les radiologues libéraux soient invités à participer à ce travail. Quant le seront-ils ? Par ailleurs, la détention d'une autorisation a aussi une valeur patrimoniale. C'est aussi ce qui justifie l'intérêt des investisseurs institutionnels. Qu'est-ce que la DGOS envisage sur ce point ?

Katia Julienne répond que la loi habilite sa direction à modifier les autorisations et qu'elle entend y travailler avec les professionnels quelle que soit la nature de l'autorisation. "Nous ne ferons aucune évolution sans la travailler avec vous" ajoute-t-elle.

En ce qui concerne les groupes de travail, la DGOS n'a pas encore de calendrier.

⁶ Société Française de Radiologie.

⁷ Projet Régional de Santé.

⁸ Schéma Régional de l'Organisation des Soins.

⁹ Fédération Hospitalière de France.



Centres anti-cancéreux

Louis Boyer attire l'attention sur les centres anticancéreux, ni publics ni privés, au regard des GHT et des plans médicaux territoriaux, et dont la situation n'est pas claire. L'imagerie de ces centres est une composante importante de l'offre de soins et dans la prise en charge des malades en oncologie. Il n'est pas certain qu'il soit tenu compte de ces centres alors qu'ils sont des acteurs importants.

Écarts de rémunération

Pascal Bérout regrette que la FHF¹⁰ n'ait pas de réflexion forte sur l'attractivité des structures d'imagerie à l'hôpital. Les radiologues hospitaliers subissent toujours les défauts d'investissement, par exemple.



Dr Pascal Bérout

David Gruson se demande s'il faut réguler les écarts de rémunération entre secteurs public et privé dans les disciplines les plus en crise. Ce n'est pas une question taboue, elle amènerait à avoir des options fortes s'il n'y a pas des degrés de liberté pour permettre des formes d'exercice médical moins cloisonnées entre le public et le privé.

Si l'on n'arrive pas à sortir de ce cloisonnement, en redonnant du sens à l'attractivité de l'exercice du service public hospitalier, il faudra envisager une réglementation sur les écarts de rémunération.

Comment peut-on y arriver ? Il faut se donner ces marges de manœuvre, avoir de l'incitation, permettre des exercices plus partagés entre la ville et l'hôpital ; des professionnels libéraux voudront peut-être demain avoir une fraction d'activité de salariés hospitaliers ou partager la partie recherche, dans une logique plus ouverte sur la ville et la territorialité.

En sens inverse, la FHF rappelle les obligations fondamentales du service public : permanence des soins, réponse H24, accueil de tous les patients quelle que soit leur condition socio-économique.

Filières



David Gruson

Pour David Gruson, des schémas de responsabilité territoriale et populationnelle sont beaucoup plus économes pour les finances sociales. Par exemple, pour la téléradiologie, si l'on arrive à mettre en place des schémas ville-hôpital, avec de la téléconsultation, pour éviter de faire déplacer les personnes âgées de leur EHPAD et permettre de désengorger les urgences, ce sera, évidemment, source de gains et d'efficacité majeure.

L'OCDE a publié une étude montrant qu'il y a 20% en moyenne d'économies à réaliser sur la pertinence des actes et une meilleure organisation des systèmes ; 20% de l'ONDAM représentent 40 milliards d'euros alors que le déficit de l'assurance-maladie est de 4 milliards d'euros. Avec 10% d'économie dans l'organisation de nos systèmes, on remet, de manière structurelle, l'assurance-maladie à l'équilibre. Sommes-nous capables collectivement d'avoir cette approche ?

Un intervenant fait observer que selon les tutelles le développement de la radiologie interventionnelle ne peut se faire qu'aux dépens du diagnostic alors que les deux activités ne sont pas en concurrence.

David Gruson répond que la problématique n'existerait pas dans le système de financements territoriaux complets. Par exemple, le système Intermountain aux États-Unis est un mécanisme de fonctionnement territorial complet : l'autorité de régulation alloue une enveloppe et demande aux acteurs de s'en débrouiller entre eux. Ils se répartissent une partie des gains d'efficacité qui leur sont alloués.

Avec ce système, les résultats économiques et de qualité de soins sont très satisfaisants.

Y a-t-il des actes ou des flux de prise en charge, par exemple sur les maladies chroniques, métaboliques, les champs épidémiologiques, sur lesquels nous pourrions expérimenter le principe de responsabilité populationnelle ? On



¹⁰ Fédération Hospitalière de France.

permettrait ainsi aux acteurs de ville et d'hôpital de sortir de tous les contingentements à l'échelle d'une enveloppe territorialisée, en faisant les comptes à la fin de l'année.

Gouvernance des GHT

La gouvernance des GHT fait l'objet de plusieurs questions et remarques.

La première, sur les appels d'offres, est abordée par le représentant de la FHF. Actuellement, un groupement hospitalier de territoire « intelligent » qui veut avoir des applications communes et des systèmes d'information communs, ouverts sur la ville et homogènes, n'aura pas un environnement juridique sécurisé pour les hospitaliers.

Lorsqu'il y a au sein d'un groupement des Dossiers Patients Informatisés (DPI) de plusieurs ordres, un hôpital donné ne peut pas s'aligner sur le DPI de l'établissement support du groupement de manière libre. La FHF veut donner la capacité aux acteurs hospitaliers, en dialogue avec les professionnels libéraux, de sortir de ce carcan afin de pouvoir proposer des options « cousues main ».

Il faut qu'ils puissent s'extraire de ces règles de mise en concurrence très contre-productives économiquement et opérationnellement, comme, par exemple, dans les processus de prise en charge des patients.



Plusieurs intervenants font remarquer qu'il y a des blocages dans les territoires qui sont notamment liés à la personnalité de certains directeurs d'hôpitaux. Ils constatent que lorsque les radiologues, libéraux et publics, arrivent à travailler ensemble, un projet médical peut être mis en place. En revanche, les problèmes peuvent commencer à l'échelon supérieur, celui de la direction de l'hôpital.

Dans plusieurs régions, des coopérations, qui étaient déjà opérationnelles avant l'arrivée des GHT, continuent d'exister, mais, en revanche, tous les nouveaux projets de coopération, plus ou moins avancés, ont été totalement bloqués.

La question est donc posée des moyens dont disposent la DGOS pour faire respecter, par les GHT et les ARS, les principes

de coopération qu'elle met en avant.

La DGOS répond qu'elle ne donne pas d'ordre. En revanche, les orientations nationales, qui seront prochainement publiées, ont vocation à être écoutées et à s'appliquer. Ces orientations peuvent aussi être présentées aux directeurs d'hôpitaux et aux directeurs d'ARS. Les radiologues peuvent prendre contact avec la direction de l'offre de leur ARS pour en discuter.

Pour la FHF, il ne faut pas voir les groupements hospitaliers de territoire comme une solution en soi, mais comme un cadre différent pour poser des problèmes préexistants.

Les exemples de mauvaises coordinations ville-hôpital existent depuis longtemps. La vraie question est celle de la recomposition de l'offre.

CHU

Pour Louis Boyer, les GHT sont une inquiétude pour les CHU. La question est de savoir comment assurer le fonctionnement d'hôpitaux qui voient le groupement comme une solution à leur dérive démographique alors que les CHU connaissent aussi des problèmes démographiques.

David Gruson répond que les groupements ont été conçus initialement sans les CHU, qui y ont été réintroduits afin qu'ils puissent être établissements supports et qu'il y ait des groupements de périmètre plus large pour donner une taille critique plus importante aux CHU. Seulement une partie de la question a été traitée. Il y a deux corollaires : le modèle de finan-



Pr Louis Boyer

cement et le modèle d'engagement dans la territorialité. Aujourd'hui, les CHU qui sortent des ressources de T2A dégradent leur modèle économique et se trouvent donc pénalisés. Il faut donc construire un modèle d'engagement dans la territorialité.

La question des synergies hospitalo-universitaires dans le périmètre des nouvelles régions fusionnées se pose aussi. Les CHU, pour libérer du temps médical, doivent devenir des centres d'excellence et de référence dans leur région en téléradiologie. Laurent Verzaux précise que la téléradiologie ne libère pas de temps médical mais le réorganise. Elle permet d'amener des compétences à des endroits où elles n'iraient jamais, donc, elle se construit autour d'un projet médical partagé de territoire.

Jean-François Meder constate que la réalité des CHU est qu'ils sont de plus en plus hors les murs, les sites de formation ne sont plus complètement centrés sur le service hospitalo-universitaire.

Economie

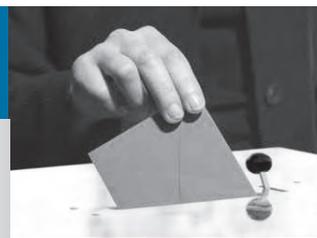
David Gruson veut montrer que le secteur n'est pas qu'un foyer de dépenses publiques ; c'est aussi un secteur d'investissement d'avenir pour la nation, qui crée de l'emploi, de l'activité, qui génère des effets d'activité induite dans le secteur économique courant.

Mais, le fait que les acteurs aient avancé en ordre dispersé - Fédérations du public et du privé, professionnels libéraux - a été très négatif pour dans la défense des arbitrages sur le programme d'investissement d'avenir.



Laurent Verzaux s'interroge sur les possibilités d'une fongibilité, au moins partielle, des enveloppes financières. L'imagerie est au carrefour de différentes spécialités et permet, notamment avec l'interventionnel, des économies importantes ? Pour David Gruson, le sujet pourrait faire l'objet d'approches par expérimentation. Par exemple, si sur un gain d'efficacité et de qualité de 100 euros obtenus pour l'assurance-maladie, il était décidé que 50 euros vont au redressement du système et 50 euros reviennent aux acteurs pour incitation au développement des projets en ville et à l'hôpital.

Pour conclure, provisoirement, Jean-Philippe Masson propose la création d'un groupe de travail ou d'un comité de pilotage au sein de la DGOS pour suivre l'évolution des GHT et les coopérations entre les structures libérales et le service public. La représentante de la DGOS va étudier la question. ■



Vie fédérale

CALVADOS

Le Syndicat des radiologues du Calvados a procédé au renouvellement de son Bureau le 29 mars 2017 :

Président :	Dr Philippe MORIN (CAEN)
Président honoraire :	Dr Michel COURS-MACH (CAEN)
Vice-Présidents :	Dr Bertrand CHALLINE (CAEN) Dr Alain GONZALEZ (CAEN)
Secrétaire général :	Dr François GARIN (CAEN)
Trésorier :	Dr François CHAVATTE (LISIEUX)

Revue de presse

France Bleu Pays d'Auvergne
Par Jean-Pierre de Mongolas, France Bleu Pays d'Auvergne mercredi 22 mars 2017 à 19:14
Les médecins radiologues passent à l'acte ce jeudi et se mettent en grève

Midi Libre
MONTPELLIER ET SA RÉGION
MERCREDI 22 MARS 2017
Les radiologues contre le manque de moyens

Le Parisien
ÉCONOMIE

Les Echos
QUOTIDIEN DE L'ÉCONOMIE // MERCREDI 22 MARS 2017 // LESECHOS.FR

la Nouvelle République.fr
Actualité
Economie, social
Deux-Sèvres - Social
Coronavirus : le radio de l'Assurance-maladie

le dauphiné libéré
TARENTAISE

L'Eclaireur du Gâtinais
CentreFrance n° 3725 - Mercredi 22 mars 2017

LA VOIX DU NORD
Publié le 22/03/2017
Diminue le tarif de 5 %, les radiologues en grève
n-Boulogne, les deux cabinets de radiologie seront fermés jeudi et aucun rendez-vous. Seules les urgences seront assurées. À l'origine de ce mouvement, une maladie qui réduit les tarifs de remboursement aux radiologues.

EGORA
Par Catherine Le Borgne le 08-03-2017
Enfumés par la négo, les radiologues ne veulent plus jouer
Sonnés par la baisse autorisée

TF1

FRANCEINFO
Par Quentin Vasseur
Publié le 07/03/2017 à 11:43
Avec la fermeture du cabinet de radiologie, le désert médical s'étend en Savoie

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN.fr
Christophe Gattuso - 23.03.2017
Les radiologues libéraux reviennent, les cabinets fermés

l'express
21/03/2017
afp.com/Philippe Huguen
Inquiets de la baisse des tarifs, les radiologues en grève

APMnews.com
Réactivité Indépendance Fiabilité
Grève des radiologues libéraux: la FNMR annonce que les cabinets seront fermés
PARIS, 23 mars 2017 (APMnews) - Le mouvement de grève des médecins radiologues libéraux, qui a débuté jeudi, sera suivi par la Fédération nationale des médecins radiologues.

ouest france
Justice et Liberté
22/03/2017
Finistère. Je ne vais plus dans les cabinets de radiologie

JIM.fr
Publié le 23/03/2017
Aurélien Haroche
Une majorité de cabinets de radiologie fermés

Le pays Briard
23/03/2017 à 10:27 par g.roger
La Ferté-sous-Jouarre Grève des radiologues ce jeudi 23 mars
Le centre d'imagerie médicale situé au 9 bis, avenue Franklin Roosevelt sera en grève toute la journée de ce jeudi 23 mars.

SUD OUEST
22/02/17
A La Une Politique Santé
Les médecins radiologues passent à l'acte ce jeudi

DL PÉRIGORD
22 mars 2017
FAIT ET S
Radiologues et caisses, pas sur la même longueur d'onde

? Dr pourquoi docteur
Comprendre pour agir
par Olivier Giacinto
Publié le 23.03.2017 à 13h20
Baisse des tarifs Grève des radiologues cabinets fermés

3 Nouvelle-Aquitaine
Par Jean-Marial Jonquard Publié le 22/03/2017
Mouvement de grève dans les radiologie le jeudi 23 mars

france 2

france 3



Non au sabotage de l'imagerie médicale

La radiologie et la médecine française unies contre les mesures de la CNAMTS

Devant le refus du directeur général de la CNAMTS, en réponse à l'ultimatum de la FNMR, de suspendre les mesures contre l'imagerie médicale (baisse des forfaits techniques et suppression du Z), la Fédération a lancé un mot d'ordre de grève pour le 23 mars dernier.

Les radiologues de toute la France, de toutes les régions, des départements d'Outre-Mer ont répondu présents !

Le 23 mars, 80% des centres d'imagerie étaient fermés.

Ce mouvement d'une ampleur sans précédent, soutenu par la majorité des syndicats médicaux, signataires ou non de la convention, a aussi été soutenu par un grand nombre de spécialités cliniques comme les médecins nucléaires, radiothérapeutes, pédiatres, urologues...

Au nom du Bureau de la FNMR, et en mon nom, je vous remercie de votre engagement. Grâce à vous tous, les médias nationaux, régionaux, presse écrite, radio, télévision, ont réalisé des reportages, des interviews montrant le bien fondé et la justesse de notre combat ainsi que l'importance de notre spécialité dans la prise en charge de nos patients.

Les 10 000 signatures déjà obtenues de la pétition, ce n'est qu'un début, renforcent notre volonté d'obtenir l'annulation de la décision de la CNAMTS. Incitez vos patients à la signer. Pour la première fois, le sujet des investissements en imagerie et de la menace qui pèse sur la santé de nos concitoyens a été entendue et comprise.

Notre action doit se poursuivre.

Dans l'immédiat, la FNMR a déposé un recours en Conseil d'Etat pour demander l'annulation de la décision de la CNAMTS baissant les forfaits techniques. Le Conseil professionnel (G4), la CSMF, la FMF, le SML et le syndicat des médecins nucléaires se sont associés à ce recours.

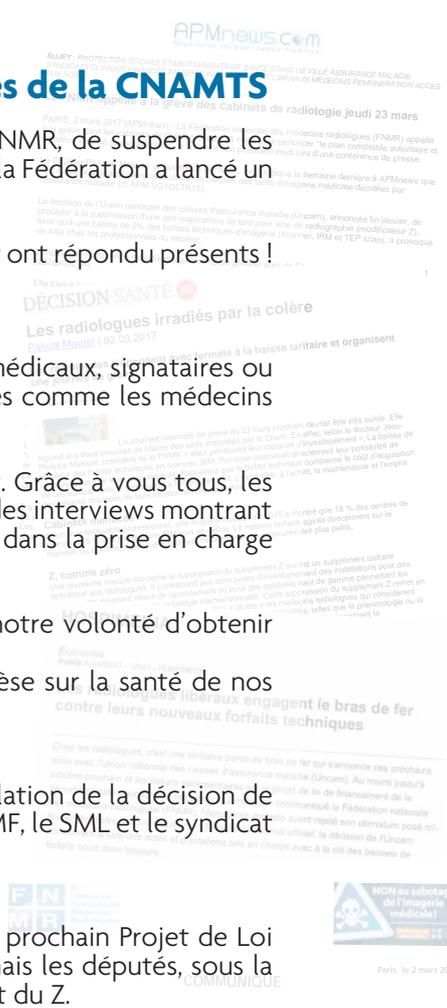
Nous préparons un autre recours contre la suppression du modificateur Z.

Nous devons maintenir nos actions pour obtenir la suppression de l'article 99 lors du prochain Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS 2018). Les sénateurs l'avaient supprimé mais les députés, sous la pression du Gouvernement, l'ont réintroduit. Il nous faut aussi obtenir le rétablissement du Z.

L'Assemblée nationale et le Sénat vont être renouvelés ! Nous devons faire entendre notre voix auprès des nouveaux élus pour que soit pris en compte le droit des français à pouvoir bénéficier d'une radiologie moderne pour une meilleure prise en charge de leur santé.

Le combat continue.

Restez mobilisés pour participer aux actions contre les mesures de la CNAMTS.



NON AU SABOTAGE DE L'IMAGERIE MEDICALE

PETITION

Faites signer vos patients, transmettez à vos confrères, à vos correspondants, etc
Pétition papier à imprimer pour vos salles d'attente (site FNMR- Matériel de communication)
 Lien à mettre sur votre site <http://fnmr.org/app.php/fr/pages/petition-2017-03>



Je soutiens l'action des médecins radiologues pour que soit préservée une imagerie médicale moderne au bénéfice de tous les patients.

NOM	PRÉNOM	VILLE	SIGNATURE

Dr Jean-Philippe MASSON
Président FNMR

Syndicat national des Pédiatres Français

110, avenue Gustave Eiffel - 21000 DIJON - Tél. : 03 80 41 77 09
Télécopieur : 03 80 42 81 02 - Tél. mobile : 06 09 66 53 59
Mel : docteur.bvirey@wanadoo.fr

COMMUNIQUE DE PRESSE

LES PEDIATRES SOLIDAIRES DES RADIOLOGUES

S.N.C.U.F. Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français

22/03/17

Cher(e) collègue, Cher(e) ami(e),

Depuis le sinistre PLFSS 2018 devenu LFSS, le directeur de l'UNCAM (Union National des Caisses d'Assurance Maladie) peut décider seul de diminution de...

C'est une atteinte...



Communiqué de presse du 27 mars 2017

Les biologistes médicaux solidaires des confrères radiologues!

Le SJBM, Syndicat national des Jeunes Biologistes Médicaux, s'associe à ses confrères radiologues suite à l'utilisation de...

La logique comptable de l'Etat a amorcé la destruction de la radiologie puisque le secteur a déjà subi 9 baisses de non concentration des laboratoires de biologie médicale financières et fonds d'investissement au détriment de...

Les radiologues subiront ils la même évolution...

Commercial pour les patients de conserve...

Syndicat des Anesthésistes Libéraux



Médecins harcelés de Romillé et démantèlement de la radiologie libérale : LE BLOC dénonce deux symptômes d'une même...

Communiqué

Publié par la CPAM d'Ille et Vilaine des médecins de Romillé



Paris, le 23 mars 2017

COMMUNIQUE

GREVE DES MEDECINS RADIOLOGUES DU 23 MARS 2017

80 % DES CABINETS DE RADIOLOGIE FERMES EN FRANCE AUJOURD'HUI, MOBILISATION SANS PRECEDENT

« Les médecins radiologues ont répondu très positivement à la journée de mobilisation des radiologues » affirme la Fédération Nationale des Médecins Radiologues.

« Cette mobilisation prouve leur exaspération face à la Loi de financement de la sécurité sociale permissive de baisses de tarifs sans structures de radiologie ».

Les médecins radiologues n'en veulent plus : c'est leur capacité d'investissement qui est frappée au cœur et sans investissement il n'y a plus d'innovation médicale au service de la santé des français.

Coté patients, la grève est globalement bien accueillie et ils apportent leur soutien à leur médecin radiologue.

Cette grève est la première étape d'un long combat qui oppose les médecins radiologues à la CNAMTS.

Les syndicats soutiennent

UNIR

Union Nationale des Internes en Radiologie

21/03/17

Communiqué sur la journée du 23 mars 2017

CSMFACTU

Confédération des Syndicats Médicaux Français



CSMF Actu du 24 mars 2017

Journée d'action du 23 mars : la CSMF fait front commun avec les radiologues !



Nous sommes tous des Radiologues

Publié le : 10 mars 2017

... dans leur combat. ... vue de la CNAMTS et



LE SML SOUTIEN LES RADIOLOGUES...ET LES CONFRERES MIS EN CAUSE



COMMUNIQUE DE PRESSE

Paris, le 22 Mars 2017

SPECIALISTES EN SOUTIEN AUX RADIOLOGUES

à 24 heures de la journée de mobilisation des radiologues... à la spécialité. Attaquée depuis plusieurs années par les plans d'économie, elle est aujourd'hui l'emblème de la médecine ignorée et rudoyée.

... depuis 10 ans, n'ont fait que fragiliser ces entreprises qui sont de proximité, qui maillent par leur dispersion tous les territoires. Cette décision aura un impact sur l'emploi car les radiologues sont les seuls spécialistes d'urgence de toutes les TPE et PME qui participent très largement à la dynamique dans notre pays. Aujourd'hui, les politiques ont décidé de stopper délibérément ces entreprises créatrices d'emplois.

L'U.M.E.S.P.E.-CSMF s'insurge contre ces baisses tarifaires qui ont été décidées de façon unilatérale par le directeur de la Caisse, sans concertation. L'utilisation de l'article 99 de la Loi de financement de la sécurité sociale pose clairement le problème de la valeur de la signature d'une convention. Demain, d'autres décisions du même type pourront être prises à l'encontre d'une autre spécialité.

Pour l'U.M.E.S.P.E.-CSMF, la décision prise par le directeur de la Caisse, soutenue activement par le ministre de la Santé Marisol TOURAINE, est volontairement orientée pour fragiliser la médecine spécialisée et le médecin spécialiste qui est le médecin référent du patient dans sa pathologie. Ce médecin spécialiste qui a vocation à être le garant d'un parcours de soins efficient et structuré.

L'U.M.E.S.P.E.-CSMF demande à l'ensemble des médecins spécialistes, libéraux de se mobiliser par toutes actions pour soutenir tous les radiologues dans leurs actions du 23 mars 2017 (la mise d'un brassard par solidarité suffit).

Les inégalités devant les restes à charge

L'assurance maladie obligatoire (AMO) prend en charge environ 70% des dépenses de soins, le solde étant réparti entre les assurances complémentaires et les patients. Le niveau de reste à charge (RAC) est variable selon la nature de la dépense. Les participations financières à l'hôpital sont les plus inéquitables. C'est la principale conclusion d'une étude publiée par l'IRDES¹.

En 2015, le financement des restes à charge incombe pour 13,3% aux assurances complémentaires et pour 8,4% aux ménages. 95% des Français ont une assurance maladie complémentaire quelle qu'en soit la nature - contrat responsable, couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS, complémentaire entreprise, etc.).

Cependant, le poids des restes à charges varie selon le niveau et la nature de la consommation. En proportion de la dépense, ils sont plus élevés à l'hôpital qu'en ville. Au sein des soins de ville, ils pèsent plus sur certains postes à tarifs réglementés - consultation de secteur 1, analyses de biologie, radiologie, soins paramédicaux,... - que sur les soins



à honoraires libres – secteur 2, soins prothétiques. A l'hôpital, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire dépasse les 90%. Cependant, les montants de restes à charge (forfait journalier, ticket modérateur,...) peuvent être élevés, en particulier pour les patients qui bénéficient d'actes non exonérés. Inversement, les patients dont les soins sont exonérés, par exemple ceux en ALD², ont un reste à charge plus réduit.

Inégalité des RAC

Les études portant sur le reste à charge permettent de dresser quelques constats :

- Les restes à charge sont inégalement répartis. Les personnes qui ont les dépenses de santé les plus élevées ont, généralement, les restes à charge les plus élevés.
- Les 5% de la population qui consomment le plus de soins représentent la moitié des dépenses alors que les 5% de personnes qui ont les RAC les plus élevés n'en supportent que 28% grâce aux différentes exonérations comme les ALD.
- Sur une période de six ans, les 5% de personnes qui ont les plus forts RAC ne supportent plus que 20% du total.
- Les principaux postes générant des RAC sont les soins prothétiques, les médicaments et les soins hospitaliers avec des tickets modérateurs élevés dans le secteur public et des dépassements d'honoraires dans le secteur privé.
- Pour les seules personnes hospitalisées au moins une fois sur six ans, plus de la moitié (53%) des RAC sont supportés par 10% des patients. 1% des patients ont un RAC supérieur à 3 000€.

Les différentes participation qui sont demandées aux assurés se traduisent par des niveau «d'effort» variables selon le revenu. Ainsi, les restes à charges représentent 7% pour les revenus les plus modestes et seulement 2% pour les plus hauts revenus.

Quatre profils d'assurés supportant les RAC les plus élevés peuvent être établis :

- Patients traités en ambulatoire principalement pour maladies chroniques.
- Personnes précaires hospitalisées dans un établissement public.

¹ Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. Marc Perronnin – Questions d'économie de la santé n° 218 – Mai 2016 – IRDES.

² Affection de Longue Durée.

- Actifs consommant des soins dentaires.
- Seniors non hospitalisés.

Le RAC ambulatoire croît avec le revenu



En 2010, le RAC ambulatoire moyen était de 443€ par personne, soit 33% de la dépense.

Pour la moitié des personnes, il était inférieur à 255€, pour un quart supérieur à 586€ et pour 10% supérieur à 1 052€.

La dépense en ambulatoire varie peu selon le revenu (de 1 299€ à 1 415€), mais le RAC augmente, lui, sensiblement (Graphique 1). Les plus hauts revenus peuvent bénéficier de complémentaires prenant mieux en charge les dépassements d'honoraires et font donc plus facilement face au RAC qu'ils ont à payer directement.

Le RAC hospitalier varie peu selon le revenu

En 2010, le RAC hospitalier moyen était de 287€, soit 9% de la dépense. Pour la moitié des patients, il est

inférieur à 119€, pour un quart supérieur à 294€ et supérieur à 759€ pour 10%.

La dépense hospitalière diminue avec la hausse du revenu mais le RAC varie peu entre les différents groupes de revenus (Graphique 2).

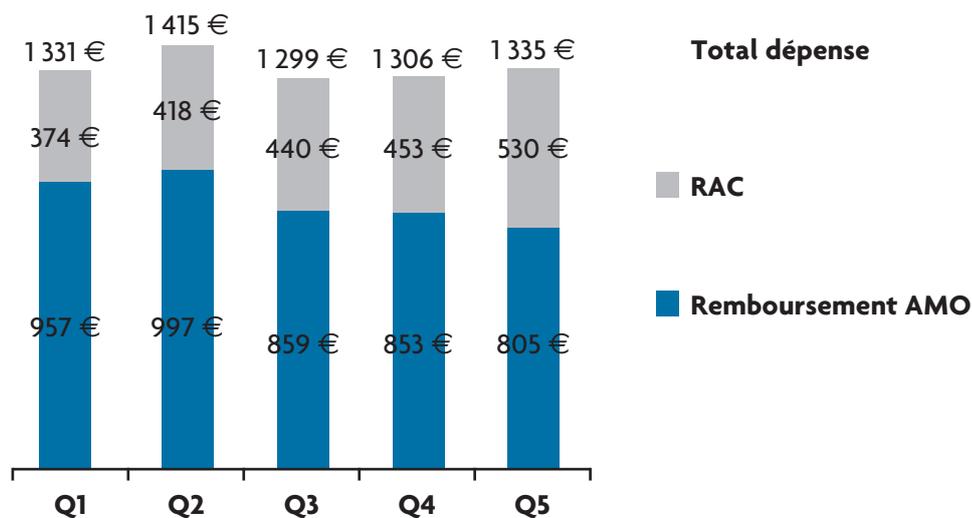
La composition du RAC

Les éléments composant le reste à charge en ambulatoire dépendent du niveau de revenu en raison du poids des dépassements d'honoraires. Le montant des tickets modérateurs est constant (220€) ainsi que celui des participations forfaitaires et des franchises. En revanche, le montant des dépassements croît avec le revenu de 133€ pour les plus bas revenus à 279€ pour les plus hauts.



La composition du RAC hospitalier⁴ est aussi dépendante du revenu. Les montants des tickets modérateurs et des forfaits journaliers baissent avec la hausse du revenu. Les différences de reste à charge tiennent à la nature des prises en charge et à la gravité des séjours. Les séjours hospitaliers en médecine sont plus importants chez les personnes à faible revenu et les personnes âgées.

Graphique 1 : Montants du remboursement de l'AMO et du RAC ambulatoire selon le revenu 2010³

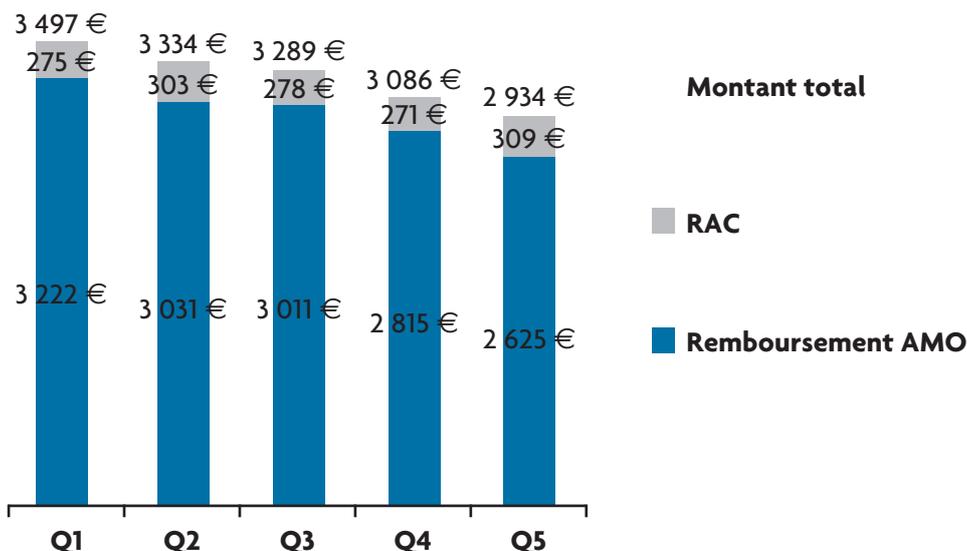


³ AMO : assurance médicale obligatoire - RAC : reste à charge

Q1 est le quintile correspondant aux 20% de la population ayant les plus bas revenus, Q5 aux 20% pour les plus hauts revenus.

⁴ En Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

Graphique 2 : Montants de l'AMO et du RAC hospitalier selon le revenu 2010 ⁵



La hausse des dépassements d'honoraires avec le revenu – de 31€ pour les bas revenus à 124€ pour les plus hauts ⁶ - s'explique par le recours plus fréquent à l'hospitalisation privée pour les personnes ayant les plus hauts revenus.

en particulier avec les tickets modérateurs et les forfaits journaliers représentant 54% et 40% de l'effort. La franchise de 18€ n'a qu'un faible impact de 3% étant donné son faible montant. Les dépassements d'honoraires expliquent peu les différences d'effort financier comme en ambulatoire, les plus bas revenus recourant peu à des prestations avec dépassement.

Ticket modérateur et forfait journalier inéquitables

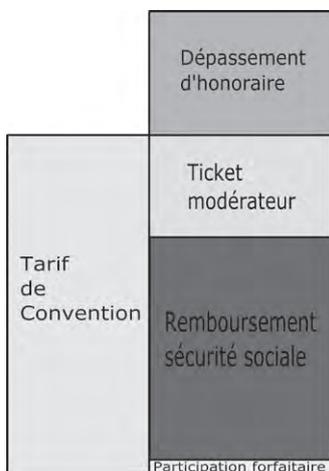
Un indice synthétique permet de mesurer le degré d'effort selon la catégorie de revenu. Il mesure également la contribution de chaque type de RAC à cet effort. L'effort financier est d'autant plus important que le revenu est faible.

En ambulatoire, c'est le ticket modérateur qui entraîne l'effort le plus inégal pour 65% de l'indice. Les participations forfaitaires et les franchises n'ont qu'un impact limité sur l'inégalité de l'effort étant donné leur faible poids dans le RAC. L'effort financier pour les dépassements d'honoraires est limité pour les personnes à faible revenu qui recourent à des soins sans dépassement. C'est le cas, par exemple, des bénéficiaires de la CMU qui sont pris en charge à 100% sans dépassement.

La charge financière des personnes consommant des soins est d'autant plus élevée que leur niveau de vie est faible. L'inégalité est plus forte dans le secteur hospitalier (MCO) que dans l'ambulatoire. L'auteur de l'étude considère que le recours aux soins hospitaliers paraît plus crucial et inévitable, la participation financière ne *peut pas se justifier par une logique de régulation de la demande de soins par le partage des coûts* alors que les études montrent que le RAC hospitalier pénalise les plus faibles revenus.

Les assurés couverts par une complémentaire individuelle supportent des cotisations plus élevées liées au risque de RAC élevé, ce qui est leur cas en raison de leur âge.

Enfin, une partie de la population reste sans complémentaire santé et supporte l'intégralité des RAC. Ces personnes ont des revenus inférieurs au reste de la population et, souvent sans emploi, ne bénéficient pas de la complémentaire d'entreprise. ■



Le RAC apparaît plus inéquitable pour les participations à l'hôpital,

⁵ AMO : assurance maladie obligatoire – RAC : reste à charge

Q1 est le quintile correspondant aux 20% de la population ayant les plus bas revenus, Q5 aux 20% ayant les plus hauts revenus.

⁶ Ils représentent respectivement 11% et 40% du RAC.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10648 30 **Cherche successeur** – Bagnols/Cèze – Cause retraite – SELARL 6 assoc. rech. success. – Tps plein 3 j/sem – 2 sites + scan, IRM, activités polyvalentes, mammo. tomosynth.
➤ **Contact : Dr TARRIT**
Tél : 06.98.15.92.76
Email : 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** -
Email : echoradiolyon@gmail.com

10761 24 **Cherche remplaçant / associé** – Bergerac - SELARL 6 radiol., rech. rempl. ou assoc. Plateau technique complet avec IRM, scanner, table capteur plan dans clin. et cab. avec mammo. num. plein champs.
➤ **Contact : Dr CERDAN**
au 06.89.93.75.24 –

Email : sel.imbergerac@gmail.com
ou Mme MAUPART
au 05.53.74.53.72

10762 77 **Cherche associés** – Coullommiers - Unique centre radio. en ville, rech. associés. Activité importante en séno., ostéo-articulaire thérapeutique, écho., (hors obst.). TDM et IRM en CH (possibilité d'augmenter leur nombre).
➤ **Contact : Dr LAOUITI** au 01.64.20.60.33 ou 06.66.41.83.59
Email : marc.laouiti@wanadoo.fr

10763 84 **Cession de cabinet** – Vallée du Rhône. Cause départ en retraite, cède cab. de ville. Radiologie conventionnelle, échographie, mammographie, TDM.
➤ **Contact : Dr PERCHE**
au 04.90.40.16.16 –
Email : g.perche.radio@wanadoo.fr

10764 35 **Cherche remplaçant / associé** – Rennes - 15 radiol., 7 cabts., large accès imagerie en coupes (6 scanners, 6 IRM), télé-radiologie, PACS etc... Possibilité d'exercer en binôme. Possibilité d'exercer en temps partiel.
➤ **Contact : Dr LECOMPTE** au 06.47.45.43.94 ou 06.86.27.53.74
Email : docteur.lecompte@cabinet-radiologie35.fr

➤ 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 2^{ème} trimestre 2017
ISSN 1631-1914

ADHÉRER À LA FNMR, C'EST DÉFENDRE VOTRE EXERCICE LIBÉRAL



Notre syndicat sera d'autant plus fort que nous serons nombreux.
Venez nous rejoindre, nous devons agir ensemble !

