

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Un PLFSS dans la continuité



Malgré les annonces gouvernementales prônant une recherche de pertinence des actes et des prescriptions médicales que la FNMR réclame depuis plusieurs années, des demandes d'économies tarifaires font partie des mesures annoncées dans les articles du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2018.

Les amendements déposés pour abroger l'article 99, véritable atteinte au principe conventionnel, ont tous été rejetés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sous la pression du ministère.

Si les responsables gouvernementaux ont changé, la politique menée reste la même : poursuite de la stigmatisation et des attaques contre une spécialité médicale, la nôtre, au cœur de la démarche diagnostique et de la prise en charge des patients.

De ce fait, les fermetures des centres d'imagerie se poursuivent et on assiste à une désertification de plus en plus importante en imagerie médicale rendant encore plus difficile l'accès, pour les patients, aux moyens de diagnostic et de prévention.

Pour des raisons politiques, les projets de coopération public-privé sont dévoyés et les agences régionales de santé tentent de transférer les autorisations d'imagerie en coupe des structures privées vers les hôpitaux dans le but d'obliger les médecins radiologues libéraux à aller travailler dans les structures publiques pour éviter leur disparition.

Cette volonté de destruction d'un tissu médical qui a fait ses preuves est inacceptable et doit être dénoncée. Nous devons alerter l'opinion et nos élus sur cette situation qui ne peut qu'aboutir à la baisse de la qualité de la prise en charge de nos patients.

À travers le projet pour une nouvelle imagerie médicale et ses 10 mesures les plus urgentes la FNMR appelle les pouvoirs publics à mettre en œuvre une politique de santé qui ne soit pas axée uniquement sur des mesures de restriction de l'accès aux soins pour les patients.

Les médecins radiologues libéraux français veulent pouvoir continuer à offrir à leurs patients la meilleure prise en charge à laquelle ils ont droit.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

■ Conseil d'administration de la FNMR septembre 2017	02
■ L'archivage en question	14
■ PLFSS 2018	16
■ Hommage au Dr Claude Maffioli	20
■ Note sur l'assemblée générale de la CARMF : samedi 30 septembre 2017	21
■ Lecture	21
■ Petites annonces	24

■ Annonceurs :	
BRACCO	05
FORCOMED	22 - 23
LABELIX	03
PHILIPS	09



Oui à la pertinence. Non à la maîtrise comptable

Le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, ouvre le conseil d'administration de rentrée en faisant le point des discussions avec l'UNCAM¹.



Dr Jean-Philippe Masson

Les discussions avec l'UNCAM

Les contacts ont repris avant les vacances d'été à l'initiative du directeur général de l'assurance-maladie. Lors de la première rencontre, le directeur général a demandé si les radiologues sont prêts à réfléchir un plan pluriannuel. Le président de la FNMR lui a répondu positivement, sous réserve qu'il soit question d'actions de pertinence et en rappelant le problème de l'article 99². Il a été convenu d'une série de réunions techniques pour examiner les conditions de travailler sur des mesures de maîtrise médicalisée et de pertinence.

Depuis, le directeur général s'est exprimé lors des rencontres de La Baule en déclarant aux syndicats polycatégoriels qu'ils ne devaient surtout pas faire de l'article 99 leur « cheval de bataille » car il ne concerne que les radiologues. La ministre, Agnès Bazin, a dit la même chose. Or, tous les médecins libéraux savent que l'article 99 peut-être le modèle d'un mode de régulation purement administrative spécialité par spécialité. Lors des universités d'été de la CSMF³ et du SML⁴, toutes les spécialités, y compris de médecine générale, ont affirmé que l'article 99 constitue un obstacle à la signature de la convention médicale.

À ce stade des discussions, la caisse a fait savoir qu'elle attendait un "quantum" d'économies, sans autre précision, par des baisses tarifaires. Le président de la FNMR a répondu qu'un accord pouvait se faire sur la pertinence des demandes d'examen conformément aux souhaits du Premier ministre et du ministre de la santé. La caisse demande quelles économies pourraient être attendues et dans quel délai.

Bruno Silberman, Premier Vice-Président, prend la parole pour faire le point sur les réunions techniques déjà tenues. Il constate que les représentants de l'UNCAM semblent plus ouverts aux propositions de la FNMR que par le passé. La caisse souhaite inscrire un éventuel accord avec les radiologues dans un cadre conventionnel, ce qui est positif. Les représentants de l'UNCAM ont présenté quelques chiffres sur l'évolution de l'imagerie. D'après ces données :



Dr Bruno Silberman

- la radiologie est en baisse, le scanner stagne,
- l'échographie augmente fortement avec une pente de 12 %. Plus de la moitié de l'échographie est faite par des non-radiologues, c'est principalement la cardio et le vasculaire qui sont en augmentation. Pour les radiologues, c'est surtout l'ostéoarticulaire qui augmente.
- l'IRM est en hausse avec des particularités car il apparaît de nouveaux pôles d'activités dont le digestif.

La caisse a annoncé que son objectif est un plan de 180 millions d'euros sur 3 ans en remboursement. Il s'appliquerait à toute l'imagerie et pas seulement sur les radiologues.

L'expertise est une priorité de la ministre ; la pertinence est au cœur de son discours. Il faut que les radiologues disent ce qu'est, pour eux, la pertinence. Un certain nombre d'examen sont demandés aux radiologues ne le sont pas toujours à bon escient. Plusieurs axes peuvent être envisagés. Il est légitime de penser que pertinence veut dire bon usage de la radiologie, donc bonne dépense, ce qui conduit à des économies grâce à une meilleure utilisation des dépenses. FORCOMED s'est déjà engagée sur la per-

¹ Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dirigée par le Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

² Le Conseil d'Etat a rejeté le recours contre l'article 99. Le parlement peut toujours l'abroger.

³ Confédération des syndicats médicaux français.

⁴ Syndicat des médecins libéraux.

tinence avec un programme agréé de DPC avec les médecins généralistes qui démarrera en janvier 2018. Le deuxième axe concerne la pertinence au moment de la prise des rendez-vous. Des indicateurs peuvent être envisagés pour l'améliorer.

Enfin, au moment où le patient se présente, il arrive que l'examen ne soit pas réalisé ou qu'il soit transformé. C'est le rôle du radiologue de faire ces choix et le troisième axe pour la pertinence.

D'autres pistes peuvent être explorées comme la mise en œuvre de l'identifiant unique pour les patients, les ALD, etc. Des indicateurs peuvent être définis pour évaluer ces actions et montrer que la profession est mobilisée.

Pour les syndicats polycatégoriels, la pertinence est une thématique cohérente, inscrite dans une logique médicale.

Publi - Rédactionnel



Qualité



Démarches qualité en imagerie médicale : Le patient en point de mire

Tous les produits ou services ont une fonction qui répond à un problème humain.

Non seulement le secteur médical ne fait pas exception à cette règle, mais en plus il en est l'exemple type, le cas d'école. Depuis dix ans, l'État impose de nombreuses normes et réglementations aux acteurs du domaine. La mise en œuvre de démarche qualité a été un projet d'envergure mené par tous les professionnels de santé, sans que les patients n'en aient forcément une réelle conscience ou compréhension. On entend parler de sécurité, de matériovigilance, de pharmacovigilance, de radioprotection.

Pourtant, derrière ces termes abstraits, au-delà des lois et des labels, s'il y a une personne qui bénéficie directement de tous ces efforts organisationnels, c'est bien le patient.

→ Pour gagner du temps

Les démarches qualité concernent l'ensemble de l'activité des cabinets de radiologie, et s'étendent même au-delà de la prise en charge patient. Le premier objectif est de lui faire gagner du temps : réduire les délais de prises de rendez-vous, limiter les temps d'attente avant les actes, et fluidifier le parcours au sein de l'établissement.

→ Pour plus de sécurité

Évidemment, lorsque l'on parle sécurité, on pense en premier lieu à la sécurité des personnes : tout est mis en œuvre pour préserver la santé des patients.

- La matériovigilance scrute la moindre défaillance matérielle ;
- La pharmacovigilance surveille les effets de médicaments ;
- La radioprotection assure la sécurité liée aux radiations émises par les systèmes d'imagerie ;
- Les principes d'habilitation et de formation continue pérennisent la compétence du personnel médical.

Mais toutes ces démarches visent aussi à sécuriser l'information : les réglementations imposent des suivis drastiques concernant les systèmes informatiques, la gestion des données, leurs accès et leurs sauvegardes. Le tout pour garantir au patient que ses données ne soient ni perdues, ni altérées ; qu'elles soient parfaitement justes et fiables, en toutes circonstances, et que le cabinet respecte les règles de confidentialité.

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

→ Pour personnaliser l'accueil

Nous parlons d'humain : les patients ne sont pas des numéros, et chacun a des besoins qui lui sont propres. Les démarches qualité menées à l'accueil et déployées dans l'ensemble du parcours de soin permettent de mieux prendre en compte les spécificités de chaque personne et de chaque pathologie.

En particulier, la vérification avec le patient des indications le concernant est un élément capital de la prise en charge en radioprotection. Elle répond d'ailleurs au souci de la Haute Autorité de Santé qui diffuse Le Guide du Bon Usage des Examens d'Imagerie. L'ensemble de ces pratiques doit permettre de mieux appréhender les besoins du patient en fonction de sa prescription, de ses éventuelles allergies, du port d'un pacemaker ou d'un défibrillateur, etc.

→ Mais aussi pour rassurer et démystifier !

Si l'univers médical semble évidemment familier aux professionnels du secteur, il ne faut pas oublier que, pour le patient, il s'agit d'un environnement inconnu, qui peut se révéler inquiétant voire anxiogène. C'est dans ce cadre que les démarches qualité, telle que la démarche LABELIX, mettent l'accent sur l'information et la communication : l'objectif est de fournir une information simple, complète et claire, afin de rassurer et également démystifier le monde parfois impressionnant de l'imagerie médicale.

Des audits, comme des radios de contrôle

Respecter toutes les normes et réglementations en vigueur est une charge lourde, mais a un but on ne peut plus louable : une prise en charge patient toujours meilleure... avec des audits qualité réguliers, comme autant d'examens de contrôle.

Labels et certifications qualité =

- Meilleure information et meilleur accueil
- Meilleure gestion du temps
- Sécurité des personnes
- Sécurité de l'information

Jean-Philippe Masson rappelle que des organismes gouvernementaux travaillent actuellement sur la pertinence. La CNAM ⁵ qui veut obtenir rapidement des économies substantielles rapidement et la DGOS ⁶ qui organise des enquêtes en région. Cette dernière réfléchit à une demande dématérialisée des examens, à travers un logiciel. Il comprendrait des indicateurs comme le type de médecin demandeur. La FNMR a fait connaître son opposition à ce qui est, aujourd'hui, une "usine à gaz".

Un intervenant rappelle qu'au Canada, les organismes payeurs ont investi 65 millions de dollars pour installer un système informatique pour gérer la pertinence. Un participant, constatant la très forte hausse des échographies réalisées par des non radiologues, demande que celles qui sont réalisées par un médecin radiologue, ou un autre spécialiste, formé, avec un appareil de qualité, soient distinguées des échoscopies.

Le président rappelle que, depuis quinze ans, la FNMR demande un contrôle qualité sur les appareils d'échographie mais la Caisse s'est, jusqu'à présent, refusée à faire cette distinction.

La FNMR, en partenariat avec le syndicat des gastro-entérologues et celui des cardiologues, a réalisé une étude sur la répartition des échographies. Il en ressort que le TOP 4 des montants remboursés est constitué par les radiologues en premier avec 38%, les cardiologues en deuxième avec 28%, les gynécobstétriciens en troisième position avec 12% et les généralistes en quatrième, avec principalement les angiologues à 19%, puisque les autres généralistes ne représentent que 3 %.

DREES et Cour des comptes

Dès la parution de l'étude de la DREES sur les revenus des médecins libéraux, la FNMR a publié un communiqué dénonçant la présentation. En effet, les revenus des radiologues pour 2015 sont mentionnés en forte hausse, de 4,9% dans le tableau de synthèse. C'est seulement en fin de texte que l'on découvre que ces 4,9% regroupent les hausses des revenus des médecins nucléaires (4,4%), des radiothérapeutes (13%) et des radiologues (3,6%) soit quasiment la moyenne des spécialistes (3,4%).

Le rapport de la Cour des comptes ne cite pas les radiologues mais pointe l'ensemble des spécialistes en considérant qu'il n'est pas tolérable qu'il y ait des différences de revenu de 1 à 3. La Cour préconise une uniformisation. Ce faisant, elle ignore les spécificités des différentes spécialités. C'est principalement la

⁵ Caisse nationale d'assurance maladie.

⁶ Direction générale de l'offre de soins.

⁷ Agence régionale de santé.

⁸ Projet mutualisé d'imagerie et non pas plateau comme l'écrit l'ARS.

CNAM que la Cour des comptes met en cause ainsi que la gestion des hôpitaux.

Le PLFSS 2018

Actuellement, les mesures du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018 ne sont pas encore connues. Il y en aura vraisemblablement portant sur la radiologie.

IRM de Bergerac

Jean-Philippe Masson rappelle le contexte. Une IRM est installée, en GIE public-privé, à la clinique de Bergerac. Arrivant en fin d'exploitation, il fallait la renouveler et en installer une seconde en raison des besoins du territoire.

L'hôpital de Bergerac a fait une demande pour installer une IRM dans ses locaux alors qu'il n'a pas de radiologue. L'ARS ⁷ lui donné satisfaction et a refusé le renouvellement de l'IRM du GIE. Finalement, l'ARS a fait savoir qu'elle accorderait l'autorisation si l'IRM libérale était installée à l'hôpital laissant le secteur privé démuné.

Les radiologues libéraux ont alertés la Fédération et l'opinion publique avec une importante campagne médiatique, y compris pendant le Tour de France. Récemment, le Tribunal de Bordeaux a annulé la décision de l'ARS de fermer l'IRM libérale.

De son côté, l'ARS a publié un communiqué faisant croire que les syndicats de radiologues libéraux (alors qu'il n'y en a qu'un la FNMR) encourageaient la réalisation de projets d'imagerie mutualisée (PIM ⁸) tel que conçu par l'Agence.

Le président de la FNMR a écrit officiellement à la Directrice de la DGOS afin de lui signaler les contre-vérités contenues dans le communiqué de l'ARS et de confirmer son soutien aux radiologues de Bergerac.

Un PIM en Ile-de-France

Christian Fortel et René Bokobza décrivent leur expérience des PIM.



Dr Christian Fortel



Dr René Bokobza

BRACCO. Votre spécialiste en imagerie de contraste.



CT Express™ 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



LIFE FROM INSIDE

** 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.

BRACCO
INJENGINEERING

Un GHT s'est constitué sur un département regroupant trois communes.

Initialement, l'ARS avait demandé aux radiologues libéraux de s'entendre avec l'hôpital local. Les radiologues libéraux ont proposé de prendre en charge le service de radiologie. En réponse, le directeur de l'hôpital a proposé deux PIM, sur deux villes.

L'ARS a lancé un appel d'offres revenant sur les négociations précédentes en mettant en concurrence les radiologues libéraux. Les négociations ont repris en abordant tous les points : mise en commun des autorisations de matériels lourds, autonomie dans le choix des matériels, gestion du personnel. Les radiologues ont dû se faire conseiller par des avocats. La proposition finale sera très différente du document de l'appel d'offres.

Pour Jean-Philippe Masson, un problème majeur des PIM réside dans leur durée de vie de cinq ans. D'après la loi, la création d'un PIM implique le transfert des autorisations d'équipement. Le PIM en devient le titulaire. Qu'advient-il de ces autorisations au bout de cinq ans ? La FNMR a sollicité plusieurs juristes afin de préciser sa position officielle sur ce point.

Bruno Silberman souligne la volonté nationale de conduire des PIM expérimentaux. L'ARS d'Île-de-France veut y répondre de manière « exemplaire ». Mais il y a un risque que les libéraux se voient imposer, dans les régions, des GCS⁹ aux conditions du public.

Enquête scanner-IRM

La FNMR a lancé une nouvelle enquête sur les scanners et les IRM. Il est important que le plus grand nombre de radiologues répondent. Cette enquête est extrêmement courte et prend moins de 5 minutes. Les réponses sont anonymes. Les résultats globaux sont utiles à la Fédération dans le cadre des discussions avec l'UNCAM.



Dr Philippe Arramon-Tucool

Les PRS

Philippe Arramon-Tucool, Président de l'URPS Nouvelle Aquitaine, présente les Projets Régionaux de Santé (PRS).

Le PRS est établi pour dix ans. Il fixe la politique de santé et organise l'offre de santé. Il

ouvre un cadre d'actions possibles ; ce qui ne sera pas dans ce cadre sera difficilement négociable.

⁹ Groupement de coopération sanitaire.

¹⁰ Unité NeuroVasculaire.

Pour comprendre le PRS, il faut remonter en amont avec la Stratégie Nationale de Santé définie pour cinq ans. Elle a quatre priorités : la prévention et promotion de la santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, la pertinence et qualité des soins et enfin l'innovation. Ces thèmes sont repris dans le PRS constitué de trois documents.

Il y a le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), défini pour 10 ans. Il indique les grandes orientations transversales qui guident l'action de l'ARS autour des priorités de santé.

Le document le plus intéressant est le Schéma Régional de Santé (SRS), établi pour cinq ans, donc jusqu'en 2022. Il couvre l'ensemble du champ de la santé, la promotion, la prévention, le médico-social, il intéresse les radiologues principalement pour le volet imagerie.

Le troisième document est le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui concerne les personnes les plus démunies dans l'accès aux soins, la prévention et la réalisation des soins.

Le code de la santé publique détermine dans son article R6122 ce que doit comporter un dossier de demande ou de renouvellement d'équipement de matériel lourd. Le dossier comporte quatre parties : administrative, relative au personnel, technique et financière et relative à l'évaluation de l'activité. Un point important concerne la partie administrative où il faut mentionner les points du dossier qui correspondent aux objectifs du schéma d'organisation sanitaire auxquels le demandeur entend répondre ainsi que ceux quantifiés de l'offre de soins et, le cas échéant, les opérations figurant à l'annexe de ce schéma.

Ainsi, certaines ARS vont demander dans les dossiers d'autorisation et de renouvellement de scanner ainsi que d'IRM de prendre en compte de nombreux éléments au delà de ce qui est explicité dans le code de la santé publique, notamment la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDES), la participation à l'activité d'urgence hors PDES, le développement d'une activité de dépistage du cancer du sein, de répondre aux exigences universitaires pour accueillir des internes, de maintenir le maillage territorial de l'accès à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie, d'assurer l'accessibilité des équipements aux personnes obèses et plus globalement aux personnes en situation de handicap, de conclure une convention avec les établissements dotés d'une UNV¹⁰ et les SAMU pour prévoir les conditions d'accès en urgence pour les patients neuro-vasculaires...

On voit poindre là aussi une sorte d'obligation à aller travailler et participer aux gardes neuro-vasculaires de l'hôpital.

Pour finir, Philippe Arramon-Tucool, soumet au conseil quelques questions : jusqu'où peuvent aller les exigences de l'ARS ? Les médecins sont-ils en droit de refuser certaines de ces exigences ? Force est de constater une hétérogénéité des exigences et du calcul des besoins des appareils selon les régions.

Le président de l'URPS invite les radiologues à la plus grande vigilance dans la rédaction du volet imagerie du SRS et à être impérativement présents dans les dernières réunions préparatoires. Le PRS sera publié fin mars 2018.

Dans le débat qui suit, un administrateur rappelle aussi le rôle des Conseils professionnels régionaux (G4) et des Comités Régionaux d'Imagerie (CRI) dans l'élaboration des PRS.

Les cabinets de proximité



Dr François Brunetti



Dr François Desmonts

François Brunetti et François Desmonts exposent le résultat du travail de la commission cabinets de proximité. Son objectif est de traiter tous les problèmes d'avenir de ces structures non adossées à une clinique, dont les problèmes sont différents selon leur implantation géographique, le nombre d'associés présents, les rapports avec les structures radiologiques privées ou publiques sur le territoire.

Commission cabinets de proximité :

Dr F. Brunetti, Dr P. Caquelin, Dr E. Chavigny, Dr F. Desmonts, Dr J.-F. Esquerré, Dr P. Lafourcade, Dr D. Maseys, Dr V. Milion

Participation :

D. Renaudineau (*conseils systèmes et logiciels*)

Quel est le constat ?

Elles ont en commun une convergence de facteurs, administratifs, humains, technologiques (aménagement du territoire privilégiant les métropoles, avec des territoires délaissés par les pouvoirs publics et

souffrant d'une pénurie de services, nombreux clausus et manque d'anticipation à la lecture de la pyramide des âges de la profession, changements sociétaux y compris dans la profession) qui les ont mené à la situation présente. Des spécificités individuelles, selon notamment leur implantation géographique : urbaine ou non ...

Fermetures nombreuses dans toute la France, passées et à venir si rien n'est entrepris, avec les conséquences médicales, sociales pour le personnel, fiscales, de trésorerie et de fin d'activité de confrères qui ne trouvent pas de repreneurs, des implications majeures pour des patients qui commencent seulement à se rendre compte de la gravité de ces fermetures.

Accès à l'imagerie en coupe limité, soit par défaut d'autorisation des ARS, soit du fait de l'absence de collaboration entre cabinets libéraux, ou hôpitaux proches quand les rapports de force existent encore, bien sûr défavorables aux petites structures .

Sentiment d'abandon, en particulier pour ces cabinets isolés, situés en montagne ou insulaires, qui assument les afflux de population saisonniers, sans aucun statut administratif ou reconnaissance particulière des pouvoirs publics.

Les baisses tarifaires depuis 10 ans, avec des charges en augmentation constante, la pyramide des âges, rendent difficiles la projection de ces structures plus fragiles, notamment au regard des banques.

La téléradiologie, le « miracle » technologique, vécu comme tel surtout par ceux qui ne s'en sont jamais servi, n'est pas une panacée, mais un mirage palliatif de court terme. Si elle est incontestable dans le cadre de l'urgence (prise en charge des AVC par ex), ou de la téléexpertise (pour avis spécialisé, pour éviter de déplacer un patient), de l'enseignement (E learning, replay de congrès), elle ne peut prétendre à remplacer le fonctionnement d'une unité d'Imagerie, qu'elle soit privée ou publique, favorisant même la non-installation des radiologues, au grand dam des praticiens de terrain qui assument le bon fonctionnement de l'unité et les prestations non « délocalisables ». Ce qui se pratique pourtant de plus en plus, au mépris parfois des règles préconisées par le G4 national. A court terme : une médecine low cost commerciale, et à long terme : tout le monde sera perdant.

Mirage de penser que la qualité de service est systématiquement au rendez vous : relation avec le patient ? qualité des images transférées ? avec déjà des « décrochages » de flux, dont personne ne parle.

Même en imaginant la fibre déployée partout, avec des coûts de raccordement individuels qui ne soient pas prohibitifs, la croissance exponentielle, déjà calculée, des objets connectés et donc des flux (sans même parler d'imagerie...), créera des les prochaines années un encombrement massif sur le réseau.

Il existe une mauvaise répartition des médecins sur le territoire, toutes spécialités médicales confondues.

Pourquoi faut-il agir ?

Parce que laisser faire, ce serait :

Amplifier un cercle vicieux déjà en place avec des médecins de terrain le « nez dans le guidon », occupés à répondre à la demande de leurs cliniciens, et qui « subissent » le reste.

Laisser s'installer des tables conventionnelles, des SCAN et IRM, sans médecin, avec une interprétation à distance faite par des sociétés commerciales.

Ne plus voir à terme de médecin radiologue hors des villes de CHU ou des métropoles locales alors qu'est partout évoqué le fameux « maillage territorial », censé permettre la dispensation de soins au plus près des patients, en favorisant la médecine ambulatoire. Au contraire, s'installera pour de bon une médecine à deux vitesses : le médecin radiologue en zone dense / la « machine » pour les autres.

La démedicalisation assurée de ces territoires sans médecin radiologue sur place, car nos confrères, au premier plan les généralistes, n'auraient plus accès à l'imagerie dans des conditions satisfaisantes. Leur départ est (parfois déjà !) prévisible pour des villes plus importantes.

L'imagerie, directement et indirectement, est un facteur essentiel de l'attractivité potentielle d'un territoire.

La presse se fait écho de ces déserts médicaux, par exemple, en Savoie, où plusieurs cabinets ont fermé et où un seul subsiste à Chambéry. Le même constat est fait à Ouistreham où le radiologue ne trouve pas de repreneur pour l'Euro symbolique. Les banques ne veulent plus lui faire crédit.

C'est un allongement des délais de rendez-vous, des transports sanitaires de plus en plus coûteux, un coup porté au dépistage mammo, mais aussi aux actes de radiologie, d'échographie, de doppler dans le secteur, bref de tout ce qui participe au dépistage, au suivi des maladies chroniques d'une patientèle de plus en plus fragile.

Enfin, imagine-t-on l'état d'esprit de radiologues qui pour prendre leur retraite, doivent payer de fortes sommes pour abandonner leur cabinet en activité maximale ? Et pour un peu, on les rendrait responsables de cette désertification « médicale »... Il n'est pas anodin que nos patients nous lancent très fréquemment un « bon courage Docteur ! » avant de partir...

Il se pourrait qu'après avoir laissé détruire l'actuelle organisation territoriale, on vienne pourtant à le regretter, mais il sera trop tard !!

Quels sont les moyens d'action ?

La commission veut faire une cartographie des cabinets de proximité, avec un recensement sous forme d'enquête pour avoir un état des lieux plus complet.

L'enquête est aussi indispensable pour pouvoir mettre en place les moyens les plus adaptés.

<http://sondage.fnmr.org/fnmr-cabinet.php>

Faire un état des lieux – cf **questionnaire en ligne++**

Redéfinir ensemble la place du cabinet de proximité en mettant en avant son **rôle pivot**.

Convaincre les jeunes radiologues qu'une vie est possible dans les cabinets de proximité, sans déroger aux règles d'éthique, de qualité et d'intérêt dans le travail.

Pour cela, donner à tout médecin en formation initiale, les bases de la **gestion d'une entreprise libérale**.

Multiplier les **stages d'Internes en milieu libéral**, ce qui leur ouvrirait les portes d'un monde qu'ils ignorent.

Valoriser le **rôle du médecin chez l'imageur**.

Engager fortement tous les acteurs dans la démarche de la **pertinence des actes** qui va être prochainement déployée par la FNMR.

Mettre en avant la **mission de service public** pour les actes pris en urgence, dans le cadre de la continuité des soins, voire de la permanence des soins, et lors des pics démographiques saisonniers pour certains cabinets.



Amplifier votre performance clinique.



Philips Prodiva 1.5T CX

La technologie dStream présente sur plus de 2 000 installations dans le monde, numérise le signal dans l'antenne et capte le signal IRM dans sa forme la plus pure pour offrir une qualité d'image d'image élevée et réduire le temps d'examen.

La technologie Breeze WorkFlow contribue à réduire le temps d'installation en améliorant le confort du patient et à faciliter l'utilisation par l'opérateur.

Prodiva CX a été conçu pour mettre l'accent sur la réduction globale des coûts de possession et d'installation d'un IRM.

L'IRM Philips Prodiva 1.5T CX est un dispositif médical de classe IIa, fabriqué par Philips et dont l'évaluation de la conformité a été réalisée par l'organisme notifié TÜV SÜD 0123. Il est destiné au diagnostic de différentes affections. Les actes effectués avec l'IRM Philips Prodiva 1.5T CX sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans certaines situations. Lisez attentivement le manuel d'utilisation. Octobre 2017

PHILIPS

Il faut favoriser des partenariats, des regroupements d'achats entre cabinets.

Il faut une volonté politique forte pour **autoriser des centres de proximité à s'équiper en scanner et IRM**. Lorsque c'est géographiquement concevable, faire des demande de regroupement autour de plateaux techniques complets de proximité avec scanner et IRM, sénologie, radiologie conventionnelle et échographie, pour proposer aux patients une offre de proximité, à moindre coût pour la collectivité, puisque sans nécessité d'être adossés à un établissement de santé.

Le but de la commission n'est pas limité à apporter un soutien pour la fermeture des cabinets aux radiologues actuellement en fin de carrière ; elle doit aider également les radiologues qui sont encore loin du départ à la retraite à trouver des **solutions pour poursuivre leur activité dans des conditions viables**.

Au-delà de la nécessaire médecine de pointe et sans la renier, dans ces structures de proximité, il se pratique au quotidien une imagerie de premier recours, peu coûteuse, en première ligne pour le dépistage, qui peut très bien prendre en charge la surveillance des pathologies chroniques. Elle permet de stopper parfois la poursuite d'investigations inutiles, de réduire toujours les coûts de transport, et si besoin d'orienter au mieux les patients vers le spécialiste clinicien ou l'unité d'hospitalisation concernés.

En dernier lieu, la fermeture de certains cabinets est déjà programmée, extrêmement douloureuse, d'autant qu'elle est la résultante de choix politiques. Il faut « accompagner » ces fermetures !

Les membres de la commission « cabinets de proximité » remercient le bureau de la FNMR et tout particulièrement J. Ph. Masson de donner une voix à l'ensemble des radiologues concernés, encore nombreux en exercice.

Régionalisation des structures de gestion

Gilbert Leblanc informe le conseil sur l'évolution de la régionalisation des structures de gestion du dépistage des cancers (sein, colon et col).

La décision a déjà été prise au nom d'une amélioration du système de soins. La dernière instruction ministérielle date d'avril 2017. Elle précise la manière dont doivent se mettre en place des Centres Régio-



Dr Gilbert Leblanc

naux de Coordination des Dépistage des Cancers, CRCDC. Elle donne un calendrier et un cahier des charges de ces structures. La date d'application est immédiate pour les ARS et le 1^{er} janvier 2019 pour les structures.

Les tutelles justifient la régionalisation par le manque d'efficacité du système. Elles s'engagent donc dans la concentration. Mais l'expérience des communautés de communes montre que la concentration n'est pas synonyme d'efficacité, d'autant moins que pour les dépistages, le mouvement sera accentué par la fusion des régions.

Une autre justification est l'harmonisation des pratiques. Mais en quoi la régionalisation est-elle nécessaire pour cela ? L'essentiel est que les référentiels et la déontologie soient respectés.

Le cahier des charges fixe des missions qui vont un peu plus loin que celles que connaissent les radiologues à travers l'évolution de la réglementation et des cahiers des charges des structures de gestion. Il indique un fonctionnement purement régional, sous l'emprise des ARS. Il précise les moyens dont dispose les centres régionaux ; il n'y a plus théoriquement d'attribution départementale. Il pose le principe d'une évaluation et d'une labellisation à réaliser par l'INCa. Les structures doivent avoir une dénomination unique et commune. Une charte graphique et visuelle qui doit être élaborée par l'INCa.

L'organisation des dispositifs est sous l'autorité du ministère de la santé, la DGS est responsable du pilotage stratégique en coordination avec les directeurs de la sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie, l'INCa et l'Agence Nationale de Santé Publique France. Les organismes financeurs, l'assurance maladie, et d'autres agences sont intégrés dans le dispositif de dépistage.

L'évaluation organisationnelle, réalisée par l'INCa, est précisée et une évaluation épidémiologique sera faite par l'Agence Nationale.

Le dispositif régional de dépistage est un amalgame entre le centre régional de coordination des dépistages des cancers et l'ensemble des acteurs et professionnels concourant au programme de dépistage organisé (DO). Cela passe donc par le médecin traitant qui adresse, le professionnel, les financeurs et les usagers, qui sont eux-mêmes mobilisés et donc acteurs.

Il y a un COPIL ¹¹ qui doit se réunir au moins une fois par an, présidé par le directeur général de l'ARS et la direction de la gestion du risque, il définit la stratégie régionale qui doit être en conformité avec le PRS.

Les missions de ces centres régionaux de coordination du dépistage des cancers sont définies par le cahier des charges. Il n'est pas précisé si la gouvernance doit être assurée par un médecin. Les programmes, les missions sont portées par ce centre régional mais peuvent être déléguées à un département, appelé maintenant territoire.

Les missions sont gérées par l'ensemble mais, comme pour le CCU, le principe de déploiement peut s'appuyer sur un des départements qui ferait une sorte de préfiguration pour la branche de dépistage piloté régionalement ; le risque est d'avoir une généralisation et que cela soit étendu aux autres cancers.

Le calendrier de déploiement démarre au 1^{er} janvier 2019 pour s'achever au 31 décembre 2019. Au second semestre 2017, les diagnostics doivent être dressés, l'état des lieux régional effectué avec les forces et les faiblesses et les premières étapes juridiques doivent être réalisées, les projets d'associations régionales ou de GIP régionaux. Au premier semestre 2018, le cahier des charges sera publié par arrêté. Il pourrait peut-être être modifié en fonction de nos réactions ; les radiologues doivent agir maintenant !

Le dépistage organisé du cancer du col utérin se déploie parallèlement car la régionalisation et le déploiement du DO CCU sont deux affaires différentes ; il ne faut pas que les ARS s'en servent contre nous le prenant comme « cheval de Troie » et nous obligent à ce qu'il se décline sur tous les types de cancer.

Au second semestre 2018, il s'agit de créer les nouvelles entités juridiques régionales que nous sommes invités à présenter au second semestre 2017.

Sur l'ensemble de la France, il y a trois situations possibles selon les régions.

Le premier cas est celui où il y a une structure unique mais avec la conservation des structures départementales.

Le deuxième cas, il y a une structure unique mais avec un abandon des structures départementales. Le troisième cas, il y a les situations complexes pour des raisons de droit, financières ou autres.

Les points clés de la négociation consistent à donner des pistes sur ce qui peut être davantage mutualisé,

amélioré, tant sur le plan de la qualité que sur celui de l'harmonisation.

Il faut absolument arriver à conserver l'échelon départemental, pour les structures régionales uniques. Dans les statuts, il faudra définir ce qui doit rester à l'échelon départemental, c'est-à-dire au moins les relations entre les professionnels de santé.

Pour la gouvernance, qui est l'enjeu majeur, il faut que les structures se mettent d'accord sur une gouvernance médicale, qui soit, si possible, assurée par les radiologues qui ont très souvent créé les structures pour le dépistage du cancer du sein.

FORCOMED



Dr Jean-Charles Leclerc

Jean-Charles Leclerc, Président de FORCOMED, présente l'évolution de l'association et de ses différentes formations, notamment sur la pertinence. Celle-ci est un enjeu majeur, la profession doit s'y engager massivement.

La CNAM a tenté de faire des actions sur la pertinence avec des visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès des généralistes. Ca a été un échec complet. Les radiologues doivent prendre leurs responsabilités et mener ces actions.

FORCOMED a déposé un dossier de DPC, sur la pertinence auprès des généralistes, qui a été agréé.

En réponse à notre premier appel, 30 responsables de département ont déjà répondu pour créer un réseau de formateurs. C'est une première étape. Il appartient à chaque membre du conseil d'administration d'organiser ce type de réunion et de mobiliser l'ensemble des radiologues syndiqués pour mettre en place plusieurs formations par département.

Le contenu de la formation, dont Philippe Coquel a la charge, est en cours de finalisation. Une formation d'Elearning, à destination des formateurs, aura lieu prochainement par Webinar. Les sessions pourront commencer dès 2018. S'agissant d'une formation DPC, les généralistes seront indemnisés dans le cadre de leur DPC et les radiologues comme formateurs. FORCOMED assurera l'ensemble de la gestion administrative des inscriptions et toute la logistique ainsi que les supports de communication pour inviter les généralistes.

¹¹ Comité de pilotage.

Bruno Silberman rappelle que des instances régionales de pertinence sont apparues il y a deux ans. Ce sont les Directions du Risque Régional. Les professionnels y sont représentés par les fédérations hospitalières et les URPS. Cette instance a vocation à donner un avis sur les décisions que vont prendre la Caisse et l'Agence, mais ce n'est pas elle qui décide.

Leurs orientations nationales comprennent un volet imagerie.

Les ARS et la CNAM pourraient accompagner les actions de pertinence menées par les radiologues.

Jean-Philippe Masson insiste sur la nécessité que toutes ces formations soient organisées dans le cadre de FORCOMED afin de pouvoir indiquer à l'assurance maladie le nombre de formations réalisées.

Jean-Charles Leclerc présente les autres formations. ForcoFMC, en partenariat avec la SFR, assure une formation sur la colo virtuelle. Pour la radioprotection des patients, un décret va prochainement modifier les modalités, en réduisant notamment la période de validité. Il est encore temps de se former à l'ancienne version. FORCOMED propose des formations délocalisées en région.

Pour toutes les formations, FORCOMED s'efforce d'accélérer les calendriers pour rester dans la période de prise en charge financière des DPC. De nouvelles formations sont prévues (voir l'encadré).

Pour les manipulateurs, toutes les formations existantes sont déjà programmées comme les gestes d'urgence, la gestion du matériel, l'hygiène et la prévention des infections, les DACS, les vigilances, les outils de téléradiologie.

Le perfectionnement en IRM mammaire constitue une nouvelle formation, il y a aussi la prise en charge de la douleur des patients et une déclinaison pour les manipulateurs des nouveautés sur la sécurité en IRM.

Il y a également beaucoup de FMC proposées par ForcoFMC : formation sur la CCAM, sur le cône Bean, sur la PCR, niveaux un et deux, la mammo numérique avec l'organisation du dépistage et le contrôle qualité, la lecture des premiers et seconds lecteurs, les outils de téléradiologie, la radioprotection patient, mais aussi celle du professionnel bien sûr.

Il existe une formation pour les référents qualité Labelix pour animer une démarche qualité Labelix.

Il y a aussi des formations pour les secrétaires et les personnels de cabinet en FMC.

Les formations FORCOMED 2018 pour les radiologues

- Atelier pratique d'IRM de la prostate (en présentiel).
- La décontamination des sondes d'écho endocavitaires.
- Le dossier médical et la sécurité informatique pour répondre aux prochains décrets.
- Les urgences en ostéoarticulaire en échographie.
- L'endométriase.
- Les gestes d'urgence,
- Les produits de contraste.
- L'hygiène et la prévention des infections d'imagerie médicale.
- L'initiation au management des risques en imagerie médicale.
- La mise en place d'une démarche qualité dans une structure d'imagerie.
- Le dépistage de la trisomie 21.
- Les vigilances dans un service d'imagerie médicale.
- Le perfectionnement en échographie de l'épaule.
- La prise en charge du nodule thyroïdien qui comportera deux sessions.
- L'échographie mammaire.
- La responsabilité du médecin radiologue.
- La santé et la sécurité en IRM pour répondre aux interrogations suscitées par le nouveau décret du ministère du travail.
- L'échographie en pathologie pelvienne de la femme.
- La tomosynthèse et le dépistage du cancer du sein, avec une déclinaison nouvelle pour les radiologues qui ne sont pas encore équipés.

En nouveauté, il y a le cône Bean niveau deux car beaucoup de personnes, étant équipées et ayant suivi la première formation, souhaitent une formation d'un niveau avancé.

Enfin, il y aura, de nouveau, des formations en anglais. D'autres projets sont en cours de finalisation comme l'IRM 3 tesla. FORCOMED prépare des formations DPC en radiologie interventionnelle, pour l'infiltration rachidienne, la prothèse mammaire, le coroscan, et en sénologie, les biopsies, l'annonce, etc.

Partenariat FNMR - UNIR



Dr Eric Chavigny



Cédi Koumako

Eric Chavigny, Vice-Président, présente le partenariat entre la FNMR et l'UNIR¹², représenté lors de ce conseil par son président, Cédi Koumako.

Le partenariat a pour objet de mieux faire connaître le monde libéral et la FNMR aux internes. Il permettra aussi de les accompagner dans leur formation puisque des stages en libéral, en dehors du CHU, sont maintenant prévus dans la maquette de formation.

Une commission nationale va être installée entre les représentants de la FNMR et de l'UNIR pour aider les internes et les radiologues à monter des stages en libéral. Les internes vont pouvoir devenir adhérents de la FNMR, après modification des statuts.

La FNMR va soutenir, matériellement, certaines des actions de l'UNIR.

Pendant les JFR, un speed-dating FNMR-UNIR sera organisé pour mettre en relation des internes, des chefs de clinique, des praticiens hospitaliers ou des vacataires qui souhaitent s'installer et des radiologues qui cherchent de jeunes médecins désirant s'installer.

Pour Cédi Koumako, le partenariat avec la FNMR est en très bonne voie. L'organisation du speed dating est en cours pour permettre l'inscription des internes et des chefs. L'UNIR est très intéressée par un partenariat avec la FNMR car il y a beaucoup d'éléments pour lesquels les internes ont besoin des radiologues libéraux, notamment la commission des stages en libéral et la défense des intérêts communs.



Dr Patrick Souteyrand

Formations des manipulateurs à l'écho

Patrick Souteyrand, Vice-Président, fait le point sur le protocole de coopération radiologue-manipulateur en échographie, issu de la loi HPST¹³.

Un dernier décret du 5 décembre 2016 précise que le

manipulateur, comme pour les autres actes (scanner, radiologie) travaille sous la responsabilité du médecin sans que celui-ci soit nécessairement présent.

C'est un DIU national, décliné au niveau des grandes régions sanitaires, qui ne recouvrent pas toujours les régions administratives.

Il débute par un tronc commun avec les médecins puis deux modules d'acquisition réservés aux manipulateurs. Ces formations peuvent être prises en charge au titre de la formation continue, comme pour tous les salariés.

Le tronc commun consiste en un examen écrit anonyme et 20 vacations d'une demi journée dans un service agréé. Pour le module d'acquisition, un examen écrit anonyme et 30 vacations par module. Ces deux modules d'acquisition concernent d'une part l'abdomino-pelvien et d'autre part l'échographie superficielle et vasculaire.

Le diplôme doit être validé secondairement par l'ARS après 30 vacations sur le site où doit se faire le protocole de coopération.

Pour l'organisation, au minimum 50 % de l'activité du manipulateur concerné doit être de l'échographie.

Le patient doit être informé et peut refuser ce mode d'activité.

Des référentiels sont écrits et le manipulateur doit rendre un rapport annuelle d'activité à l'ARS.

Par expérience les activités principales sont l'échographie de la thyroïde, l'urologie et l'ostéoarticulaire. Les activités interdites concernent l'obstétrique, les urgences, l'échographie cardiaque et en sénologie.

Le principal intérêt pour le manipulateur est une valorisation personnelle et une progression dans sa carrière professionnelle.

L'intérêt pour le radiologue concerne d'une part la diminution des délais de rendez-vous mais permet aussi le recentrage de l'activité sur des actes à plus forte valeur ajoutée, et entre autre pour l'interventionnel.

L'absence de terrain de stage peut poser problème. Il est paradoxal que certains CH ne prennent pas en formation de manipulateurs issus du secteur libéral alors que ces mêmes radiologues forment des élèves manipulateurs issus des écoles dépendantes de ces mêmes CH.

Dans de nombreuses régions il a été acté que les stages puissent se réaliser au moins partiellement en secteur libéral.

Un second problème est l'apparition d'une nouvelle « galaxie », c'est-à-dire la spécialité en médecine vasculaire, qui concerne les angiologues.

Jusqu' à ce jour les angiologues étaient des médecins généralistes, qui après validation d'un DIU réalisaient des examens Doppler.

¹² Union nationale des internes en radiologie.

¹³ Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Ils ont pourtant besoin de nous pour diagnostiquer une embolie pulmonaire, les causes profondes d'une phlébite et pour traiter par embolisation ou dilatation une lésion. Les représentants de cette nouvelle spécialité refusent de former et valider les connaissances des manipulateurs qui auraient fait leur stage d'échographie-doppler vasculaire dans un service de radiologie au prétexte de notre incompetence alors que de très nombreux actes de Doppler sont réalisés dans des services ou des cabinets de radiologie. La plupart de ces représentants ont d'ailleurs été formés dans ces mêmes services.

Il est paradoxal et dangereux qu'au moment où les actes nécessitant l'usage des ultrasons soient de plus en plus réalisés par des médecins après une formation de qualité médiocre et avec un appareillage de bas de gamme que les radiologues ne puissent plus à terme réaliser d'actes Doppler.

Le Conseil professionnel de la radiologie (G4) a été informé de cette situation.

Le président de la FNMR demande aux radiologues de faire remonter à la Fédération les difficultés de cette nature afin de saisir le G4 national et le CNOM.

La FNMR aux JFR

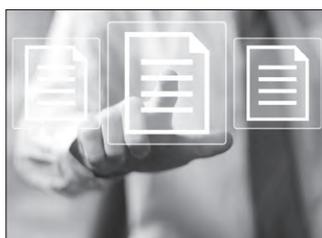
Jean-Philippe Masson annonce que la présence de la FNMR aux JFR sera différente cette année. D'une part, le stand de la Fédération sera au premier étage, à côté des industriels. Il sera plus visible, plus accessible.

D'autre part, plusieurs rendez-vous sur le stand sont fixés pour les radiologues, avec les associations de patients et avec des conseils juridiques.

Le projet pour une nouvelle imagerie libérale, qui a été amendé par de nombreuses contributions des radiologues, sera présenté durant la réunion d'information de la FNMR. Le président invite les radiologues à aller à la rencontre de leurs députés et sénateurs pour leur remettre le projet et leur expliquer la situation de la radiologie.

En parallèle aux JFR, la Fédération lance une campagne à l'occasion d'Octobre Rose. Elle comprend un affichage pour les cabinets de radiologie mais aussi une campagne de spots sur BFM-TV afin de contribuer à améliorer la participation des femmes au dépistage. ■

Archivage



Modèle de formulaire à faire signer par vos patients

Dans votre cas, l'archivage des images n'est plus pris en charge par la CPAM alors qu'il constitue pourtant une amélioration majeure pour la qualité des soins et le suivi des examens. Il consiste à conserver vos documents sur une plateforme informatique sécurisée qui permet une surveillance très efficace de l'évolution de vos examens, leur comparaison, si nécessaire leur reproduction sous forme de films ou de CD-Rom, voire à terme la mise à disposition de vos images pour accès à distance depuis n'importe quel ordinateur (pour vous-même ou votre médecin traitant). Votre médecin radiologue vous propose de continuer à archiver vos examens d'imagerie médicale (radiographie, échographie, doppler, ostéodensitométrie) dans votre intérêt afin d'assurer un meilleur suivi de votre état de santé. Si vous souhaitez bénéficier de cet avantage, votre examen sera archivé pour une durée minimale de **à compléter** ans moyennant une contribution de **à compléter** € par dossier. Une facture vous sera remise que vous pourrez adresser à votre mutuelle ou complémentaire santé si elle accepte de la prendre en charge.

- OUI** j'accepte l'archivage des images médicales pratiquées au cabinet **à compléter**. Je suis informé du fait que cette prestation ne sera pas remboursée par l'Assurance Maladie. J'ai bien pris note que la durée de conservation de mes images sera de **à compléter** ans.
- NON** je refuse l'archivage.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Signature :

La DGCCRF a adressé à la FNMR un courrier, en date du 25 septembre 2017, l'informant de son interprétation d'un article de la loi de modernisation du système de santé, dite loi Touraine, qui interdirait la facturation de l'archivage en dehors des cas inscrits à la CCAM et faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Pour la DGCCRF, le règlement de l'archivage ne correspond pas directement à une prestation rendue. Dès réception de ce courrier, le président de la FNMR a répondu au directeur de la DGCCRF pour lui manifester le désaccord de la Fédération sur cette interprétation. Le président a demandé un rendez-vous avec le directeur de la DGCCRF pour faire le point sur cette question. Nous sommes dans l'attente de la réponse.

Dans son courrier, la DGCCRF faisait état d'une campagne de contrôles que la Direction a lancée et des sanctions encourues. Plusieurs cabinets nous ont déjà signalés avoir fait l'objet de tels contrôles. Nous vous invitons à informer la Fédération des contrôles dont vous pourriez faire l'objet afin d'envisager un recours collectif.

Page 14, modèle de consentement que vous pouvez utiliser dans votre cabinet.

L'archivage en question

Cabinet AUBER
Avocats à la Cour

Pour mémoire, la prise en charge, par la Sécurité Sociale, de l'archivage numérique par les médecins libéraux avait fait l'objet d'un recours en annulation devant le Conseil d'Etat qui l'a annulé pour « *différence de traitement* » entre les praticiens hospitaliers et libéraux. (Arrêt du 21 juillet 2009 – n° 314015)

Cela avait conduit les médecins radiologues à proposer, à leurs patients, l'archivage numérique via un devis et une facturation Hors Nomenclature.

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) a ensuite décidé de prendre en charge l'archivage numérique de façon ciblée à certains actes. (Décision de l'UNCAM du 28 septembre 2011)

Par cette nouvelle décision, l'UNCAM a reconnu, une nouvelle fois, que l'archivage ne constitue pas une prestation incluse dans la rémunération globale de l'acte de soins et, en même temps, elle en établit **le lien direct**.

Ainsi ce lien direct étant avéré et reconnu, il est permis aux médecins de facturer cette prestation et ce, malgré l'avis contraire de la DGCCRF qui multiplie les contrôles auprès des radiologues.

L'Article L 1111-3-4 du CSP sur lequel s'appuie la DGCCRF précise bien que le médecin ne peut « **exiger** » de ses patients le paiement d'une prestation non directement liée à l'acte de soins.

Aussi, il peut proposer un tel service, à condition toutefois de respecter le critère classique de tact et mesure, c'est-à-dire un coût raisonnable, proche du coût réel et après avoir recueilli le consentement éclairé des patients.

Aussi, nous vous proposons, ci-joint, un modèle de formulaire à faire remplir par vos patients pour recueillir ce consentement. ■



Pertinence ou mesures tarifaires pour la radiologie ?

Le Gouvernement a présenté, le 11 octobre dernier, le premier Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS 2018) de la nouvelle majorité. Le Parlement dispose d'un délai maximal de cinquante jours pour statuer. La FNMR a soumis deux propositions d'amendement : l'une pour la suppression de l'article 99 de la LFSS 2017, l'autre pour rendre opposable la charte de la téléradiologie.

Le PLSS pour 2018 comprend 56 articles répartis en quatre grands chapitres, complétés par diverses annexes :

- L'équilibre des comptes de la sécurité sociale
- Le soutien à l'activité économique et au pouvoir d'achat
- La prévention et l'innovation pour des soins plus pertinents
- Les besoins des plus fragiles, l'accompagnement des familles

Le calendrier

8 septembre : Commission des comptes de la Sécurité sociale
 3 octobre : Conseil de la CNAMTS
 11 octobre : Présentation du PLFSS en Conseil des ministres
 24 au 27 octobre : Discussion en séance publique à l'Assemblée nationale (1^{ère} lecture)
 31 octobre : Vote solennel (1^{ère} lecture)
 15 au 18 novembre : Discussion en séance publique au Sénat (1^{ère} lecture)
 21 novembre : Vote en séance publique au Sénat (1^{ère} lecture)

Pour le Gouvernement, le PLFSS 2018 s'inscrit dans l'objectif de baisse de la dépense publique et de réduction du déficit. Le retour à l'équilibre est prévu pour 2020.

Baisse des déficits

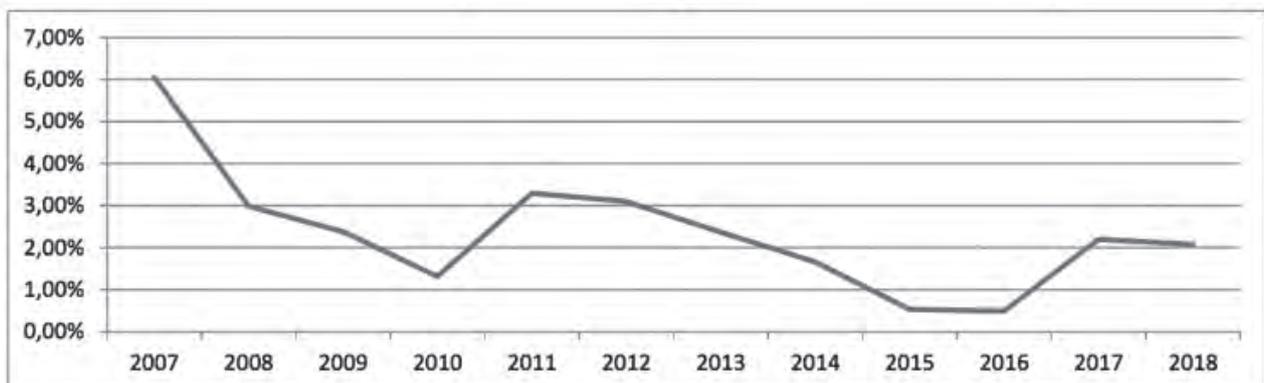
Le projet de loi s'inscrit dans l'effort continu de réduction du déficit avec le respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis huit ans.

En 2018, les dépenses de sécurité sociale ¹ évolueront de 2,3% (Tableau 1) ce qui suppose de réaliser 5,2 milliards d'euros d'économies au regard de l'évolution tendancielle de la dépense.

L'ensemble des branches de la sécurité sociale ont connu en 2017 une amélioration de leur situation financière. Cependant la branche maladie supporte encore un déficit de l'ordre de 4 milliards d'euros (Tableau 2).

En 2018, le gouvernement prévoit de diminuer le déficit de 3 milliards d'euros pour un retour à l'équilibre en 2020.

Tableau 1 - Evolution des dépenses des régimes de base et du FSV (% en valeur)



¹ Ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse.

Tableau 2 - Evolution du solde par branche – 2014 à 2018 (Md€)

	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie	-6,5	-5,8	-4,8	-4,1	-0,8
Accidents du travail	0,7	0,7	0,8	1,0	0,5
Vieillesse	-1,2	-0,3	0,9	1,3	0,2
Famille	-2,7	-1,5	-1,0	0,3	1,3
Régime général	-9,7	-6,8	-4,1	-1,6	1,2
FSV	-3,5	-3,9	-3,6	-3,6	-3,4
Régime général + FSV	-13,2	-10,8	-7,8	-5,2	-2,2

Baisse de l'endettement

Depuis 1995, la dette de la sécurité sociale est transférée à la CADES ². Celle-ci est chargée du remboursement de la dette. Pour la seule année 2017, la CADES a remboursé 14,8 milliards d'euros ce qui porte le montant total de l'amortissement à 139,5 milliards, soit la moitié de la dette totale accumulée. Les projections prévoient que d'ici 2022, la CADES aura remboursé 230 milliards laissant un solde de dette de 35 milliards.

Le PLFSS 2018 comprend plusieurs mesures emblématiques du gouvernement :

- o **La baisse des cotisations sociales** pour les actifs en contrepartie d'une hausse de la CSG.
- o **La hausse de la CSG** s'appliquera à l'ensemble des revenus d'activité de remplacement et du capital à l'exception des allocations-chômage et des indemnités journalières.
 - Les salariés bénéficieront de la suppression des cotisations salariales d'assurance-maladie (0,75%) et d'assurance-chômage (2,40%). En revanche, ils verront leur CSG augmentée de 1,7 point.
 - Une mesure équivalente est prévue pour les travailleurs indépendants. Les professionnels de santé libéraux bénéficieront du même allègement de cotisations maladie et famille que les autres travailleurs indépendants pour compenser la hausse de CSG. Pour les professionnels de santé libéraux dont les cotisations familiales sont prises en charge par l'assurance-maladie (secteur 1), la mesure de réduction des cotisations ne permettra pas seule de compenser la hausse de la CSG. En conséquence, l'assurance-maladie prendra en charge une fraction des cotisations au régime vieillesse de base. La mise en œuvre de ces dispositions donnera lieu à des avenants conventionnels.
 - Pour les agents publics, un dispositif de compensation sera mis en œuvre en 2018.

² Caisse d'amortissement de la dette sociale.

³ Budget de l'Etat.

⁴ Régime social des indépendants.

- Pour les retraités, la hausse ne concernera que ceux dont les revenus sont supérieurs à un seuil (1289€/mois).

Une autre mesure inscrite au PLFSS est le principe d'une "année blanche" de cotisations sociales pour les créateurs et repreneurs d'entreprise sous condition de ressources.

Enfin, le PLFSS et le Projet de Loi de Financement ³ révoient la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) qui seront remplacés en 2019 par une exonération renforcée des cotisations sociales.

La disparition du RSI ⁴

À compter du 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général. Les travailleurs indépendants devraient bénéficier, pour l'essentiel, des mêmes prestations que les salariés. Certaines qui leur sont spécifiques ont vocation à être alignées sur le régime général. C'est le cas du congé maternité pour lequel une mission sera prochainement lancée.

Les travailleurs indépendants conserveront leurs propres règles et taux en matière de cotisations. Les prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants seront servies, comme pour les salariés, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Le recouvrement de leurs cotisations sera assuré par les URSSAF.

L'assurance-maladie, aujourd'hui gérée par des organismes en convention avec le RSI, sera transférée aux CPAM au cours de l'année 2000.

Compte tenu de la mutation importante que représente l'intégration du RSI dans le régime général une

Le RSI en chiffre

Cotisations :

2,8 millions de cotisants
dont 40% de micro-entrepreneurs.



Maladie :

4,6 millions de bénéficiaires
8,6 Mds € de prestations

Retraite :

2 millions de retraités
9,2 Mds € de pensions versées dont 7,4 au titre de la retraite de base et 1,8 de la retraite complémentaire

Organisation :

5500 salariés du RSI
1 caisse nationale, 29 caisses régionales
Les prestations d'assurance maladie sont versées par 19 organismes conventionnés avec le RSI

phase transitoire d'environ deux ans est prévue, pendant laquelle ses différentes missions (liquidation des retraites, assurance-maladie, recouvrement des cotisations, etc.) seront progressivement reprises par les caisses du régime général.

L'organisation définitive devrait être en place au 1^{er} janvier 2020.

Prévention, innovation et pertinence

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour 2018, proche de 200 milliards d'euros, progressera de 2,3% par rapport à 2017. Il se déclinera en 2,4% de hausse pour les soins de ville et 2,2% pour les établissements de santé (Tableau 3).

Les ressources des établissements seront alimentées par la hausse du Forfait Hospitalier Journalier (FHJ) qui passera de 18€ à 20€.

L'objectif fixé par le Gouvernement suppose des économies de plus de 4 Mds € (Tableau 4) qui s'inscrivent dans les cinq axes du plan d'appui de transformation du système de santé 2018-2022 :

- La structuration de l'offre de soins,
- La pertinence et l'efficacité des produits de santé,
- La pertinence et la qualité des actes,
- La pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports,
- Le contrôle et la lutte contre la fraude.

Le plan prévoit que 335 millions d'économies seront réalisés par les mesures de pertinence et de qualité des actes dont 110 M€ de maîtrise médicalisée et 225 M€ d'actions de pertinence et d'adaptations tarifaires qui concernent la biologie, l'imagerie, les autres actes médicaux en ville et à l'hôpital.

Le PLFSS ne donne pas plus de précision. Il n'est donc pas possible, à ce jour, de savoir si le nouveau Gouvernement entend poursuivre la politique du précédent avec les baisses tarifaires ou s'il entend mettre en œuvre l'orientation annoncée par la ministre sur la pertinence des actes.

Des mesures nouvelles

Au-delà des mesures devenues classiques, comme celles relatives à la lutte contre le tabagisme, l'obésité, trois articles du projet de loi peuvent conduire, à terme, à des évolutions importantes du système de santé.

L'article 35 consacre ainsi la possibilité d'expérimentation, pour une durée de 5 ans, en matière d'organisation des soins et de rémunération des actes et des séjours. Ces expérimentations pourront concerner aussi bien la ville que l'hôpital ou le secteur médico-social. Elles pourront prévoir des paiements globaux pour une séquence de soins ou la prise en charge coordonnée et globale d'une patientèle par des opérateurs de santé.

Les expérimentations feront l'objet d'une concertation au sein d'un conseil stratégique et pourront être finan-

Tableau 3 - Evolution de l'ONDAM 2018 par sous-objectif

	Niveau des dépenses Md€	Taux de progression
Soins de ville	88,9	2,4%
Etablissements de santé	80,7	2,2%
Etablissements et services médico-sociaux	20,5	2,6%
Fonds d'intervention régionale	3,4	3,1%
Autres prises en charge	1,8	4,3%
Total	195,2	2,3%

cées par le fonds commun pour l'innovation, géré par la CNAM.

L'article 36 met fin à l'expérimentation de la télémédecine pour la généraliser. Depuis 2009, la télémédecine a fait l'objet de diverses expérimentations mais est restée marginale dans le système de soins. Pour passer à la généralisation, le projet de loi prévoit que l'assurance maladie et les syndicats signataires de la convention détermineront les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation – la consultation par un professionnel médical d'un patient à distance –, et de téléexpertise – l'avis d'un

professionnel médical requis par un autre professionnel médical.

La télésurveillance – qui permet à un professionnel de santé de prendre des décisions sur la prise en charge d'un patient sur la base de données recueillies à distance – reste dans le cadre de l'expérimentation.

Enfin, l'article 39 autorise l'Agence régionale de santé à **allouer un intéressement à un établissement en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés** au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ⁵. L'intéressement, plafonné à 30% des éco-

Tableau 4 - Economies attendues en 2018 (M€)

STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS	1465
Structurer des parcours de soins efficaces	250
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médicosociaux	1215
• Optimisation des achats et autres dépenses	575
• Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation	390
• Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'objectif global de dépense	200
• Améliorer la performance interne des établissements de santé médico-sociaux	50
PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRODUITS DE SANTE	1490
Baisse de prix des médicaments	480
Promotion et développement des génériques	340
Biosimilaires	40
Baisse des tarifs des dispositifs médicaux	100
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	320
Remises	210
PERTINENCE ET QUALITE DES ACTES	335
Maîtrise médicalisée	110
Actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital	225
PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS D'ARRETS DE TRAVAIL ET DES TRANSPORTS	240
Transport	75
Indemnités journalières	165
CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE	90
AUTRES MESURES	545
Actualisation du forfait journalier hospitalier	200
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	100
Pertinence et gestion dynamique du panier de soins	180
Evolution des cotisations des professionnels de santé	65
TOTAL	4165

nomies réalisées, sera attribué sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional. La Fédération défend depuis des années ce principe d'un intéressement aux économies réalisées par les différents acteurs. On ne peut que regretter qu'il ne soit pas prévu pour les professionnels libéraux.

Parmi les amendements qu'elle a adoptés, l'Assemblée nationale a voté la suppression du tiers-payant obligatoire (Article 44 bis).

Elle a aussi adopté un amendement (Article 34 bis) qui prévoit la prise en charge à 100% d'une consultation unique de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus, pour les assurées âgées de 25 ans.

Deux amendements proposés par la FNMR

La FNMR a proposé deux amendements au PLFSS qui ont été soumis à discussion lors de la réunion de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

- **Le premier prévoit le retrait de l'article 99** de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 qui donne pouvoir au Directeur général de l'UNCAM

⁵ Ce contrat a été créé par le PLFSS 2016.

de fixer unilatéralement les tarifs des forfaits techniques de scanner, d'IRM et de TEP-scan, rompant ainsi avec le principe conventionnel.

Le rapporteur général a rappelé son attachement au dialogue social et à la négociation conventionnelle. Pour lui, *l'article 99 est un OVNI, il pose des difficultés*. Mais vu les enjeux financiers il n'entend pas revenir sur une décision mise en place l'année précédente.

- Le second prévoit de rendre opposable la Charte de téléradiologie afin d'éviter les dérives commerciales, en particulier tarifaires. Le rapporteur général a reconnu l'importance du problème mais considère que c'est une question d'application de la déontologie relevant de la compétence ordinaire.

Ces deux amendements ont été rejetés.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté le PLFSS 2018 par 354 voix contre 192. A l'heure où nous mettons sous presse, il a été transmis au Sénat qui a prévu un vote solennel le 21 novembre. Le vote définitif reviendra à l'Assemblée nationale après la réunion de la Commission mixte paritaire qui réunit des représentants des deux assemblées pour essayer de trouver un accord sur le texte. ■

Hommage



Hommage au Dr Claude Maffoli

Le Docteur Claude Maffoli, gastro-entérologue à Reims, ancien Président de la CSMF, est décédé le 30 octobre 2017. Il avait présidé la Confédération de 1992 à 2002 après avoir été président de sa branche spécialiste, l'UMESPE (1989-1992), de l'UNPAL (2004-2007) et du Centre national des professions de santé (1995-1999). Il a été le premier médecin libéral à intégrer le collège de la Haute Autorité de Santé (2004-2009).

A la tête de la CSMF, il s'est opposé à la paupérisation de la médecine libérale par la maîtrise comptable et a été le promoteur de la "maîtrise médicalisée".

Parallèlement à son action syndicale, Claude Maffoli a aussi été élu. Il a été adjoint au maire de Reims de 2001 à 2008. C'est d'ailleurs dans cette fonction qu'il avait accueilli la FNMR lors d'un de ses séminaires décentralisés.

Claude Maffoli était un homme de conviction et d'engagement, un visionnaire de la médecine libérale moderne. Le syndicalisme médical perd un grand homme.

La FNMR adresse à son épouse, à sa famille et à ses proches, toutes ses condoléances.

Note

Assemblée générale de la CARMF samedi 30 septembre 2017



Dr Dominique MASSEYS
Trésorier de la FNMR

Lors de l'Assemblée générale de la Caisse Autonome de la Retraite des Médecins de France (CARMF), j'ai pu me rendre compte que l'autonomie de notre caisse de retraite était terminée.

Les pouvoirs publics qui, comme vous le savez, sont des grands gestionnaires, par un énième décret administratif ont enfin réussi à encadrer la nature des placements de la CARMF. Ce décret du 9 mai 2017, contraire à l'autonomie de notre caisse, assimile les régimes de retraite à des régimes d'assurance vie.

Il exige d'adosser l'actif des placements aux déséquilibres techniques futurs sur les dix prochaines années avec des placements dégageant des liquidités « garanties et sûres », quelles que soient les réserves accumulées par chacun des régimes.

Cela va amener les organismes à investir en grande partie les réserves sur les titres offrant des rendements réels nuls ou négatifs au détriment des intérêts des affiliés, c'est à dire nous les médecins.

La perte est estimée à 1,8 milliard d'euros avec des placements obligatoires constitués d'emprunt d'Etat.

En clair, les réserves de la CARMF, constituées grâce à nos cotisations et gérées par un Conseil d'administration que nous avons élu, vont passer sous le contrôle d'une administration dont on connaît très bien l'incurie de gestion.

Cela constitue un précédent inédit pour une Caisse Autonome.

L'État a été incapable d'anticiper une catastrophe démographique inévitable et l'a même provoqué et maintenant « va encadrer » nos réserves.

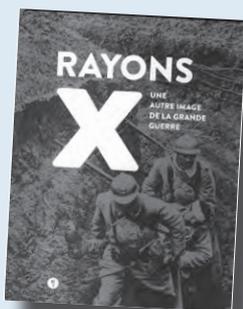
Le décret prévoit la mise en œuvre de ces mesures au 1^{er} janvier 2018.

Je vous laisse juge de l'avenir de nos retraites ! ■



Lecture

Rayons X une autre image de la grande guerre



Le titre de ce livre « rayons X une autre image de la grande guerre » est un peu réducteur de tout ce qui est conté dans cet ouvrage. Celui-ci a été écrit à l'occasion de l'ouverture de l'exposition du nom de l'ouvrage, consacrée à la présentation d'une collection unique de vieux appareils de radiologie.

Au fil des pages, le lecteur découvrira une histoire de la radiologie assez axée sur l'école lyonnaise qui a beaucoup œuvré pour la reconnaissance et l'essor de cette spécialité. L'iconographie, riche, est émouvante et montre combien, en finalement si peu de temps, notre spécialité est devenue incontournable dans le diagnostic médical.

Docteur Jean-Philippe MASSON

Rendez-vous sur :
WWW.FORCOMED.ORG
pour créer votre compte et vous inscrire
sur les programmes de votre choix.

DPC 2018 pour les médecins radiologues

- ▶ Ateliers pratiques d'IRM de la prostate : **nouvelle formation**
Vendredi 1^{er} juin - Paris • Intervenants : Dr P. Younes, Dr. P. Jacquenod, Dr C. Strauss
- ▶ Décontamination des sondes d'échographie endocavitaires / webinar : **nouvelle formation**
Session 1 : jeudi 15 mars à 20h - Session 2 : jeudi 28 juin à 20h • Intervenants : Dr P. Coquel
- ▶ Dossier médical et sécurité informatique / E-learning
Session 1 : du 07/03 au 28/03/2018 - Session 2 : du 02/05 au 23/05/2018 • Intervenants : M. S. Thiroux
- ▶ Echographie des urgences ostéo-articulaires
Samedi 10 mars - Bordeaux • Intervenants : Dr L. Pesquer, Dr B. Dallaudiere, Dr N. Poussange
- ▶ Endométriose : quand y penser, comment diagnostiquer, et quels traitements ?
Session 1 : vendredi 23 mars - Session 2 : vendredi 25 mai - Paris • Intervenants : Dr E. Petit, Dr E. Sauvanet
- ▶ Gestes d'urgence en radiologie, la prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire
Session 1 : jeudi 8 février - paris - Session 2 : jeudi 24 mai - Paris • Intervenants : Mme C. Boisorieux, Dr C. Broche, Dr P. Coquel, Dr C. Fortel, M. P. Guarinos, Dr A. Thurel
- ▶ Gestion des produits de contraste / E-learning : **nouvelle formation**
Session 1 : du 14/03 au 04/04/2018 - Session 2 : du 13/06 au 04/07/2018 • Intervenants : Dr C. Fortel
- ▶ Hygiène et prévention des infections en imagerie médicale / E-learning
Session 1 : du 07/03 au 28/03/2018 - Session 2 : du 30/05 au 20/06/2018 • Intervenants : Dr F. Lair, Dr A. Lasheras-Bauduin
- ▶ Longueur crano-caudale et nuque du fœtus au 1^{er} trimestre / webinar
Session 1 : jeudi 29 mars à 20h - Session 2 : jeudi 14 juin à 20h • Intervenants : Dr P. Coquel

Rappel des forfaits en vigueur et des règles de financement du DPC (Développement Professionnel Continu) pour 2017 :

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

Rendez-vous sur :
WWW.FORCOMED.ORG
pour créer votre compte et vous inscrire
sur les programmes de votre choix.

DPC 2018 pour les médecins radiologues

- ▶ Les vigilances dans un service d'imagerie médicale : mise en œuvre pratique / E-learning
Session 1 : du 07/03 au 28/03/2018 - Session 2 : du 16/05 au 06/06/2018
• Intervenants : Dr F. Lair, M. X. Galus
- ▶ Perfectionnement en échographie de l'épaule : de l'urgence au traitement / E-learning : **nouvelle formation**
Session 1 : du 14/03 au 04/04/2018 - Session 2 : du 23/05 au 13/06/2018
• Intervenant : Dr L. Pesquer
- ▶ Perfectionnement en échographie mammaire
Vendredi 16 mars - Paris • Intervenants : Dr I. Doutriaux-Dumoulin, Dr V. Juhan-Duguet
- ▶ Perfectionnement en IRM mammaire
Session 1 : jeudi 29 mars - Paris - Session 2 : jeudi 14 juin - Paris • Intervenants : Dr L. Ceugnart, Dr I. Doutriaux-Dumoulin, Dr A. Tardivon
- ▶ Prise en charge échographique du nodule thyroïdien / E-learning : **nouvelle formation**
Session 1 : du 14/03 au 04/04/2018 - Session 2 : du 30/05 au 20/06/2018
• Intervenants : Dr G. Jourdan, Dr J. Tramalloni
- ▶ Responsabilité médicale du radiologue
Vendredi 22 juin - Paris • Intervenants : Dr C. Fortel, Dr I. Fortel
- ▶ Santé et sécurité en IRM / E-learning : **nouvelle formation**
Session du 14/03 au 04/04/2018 • Intervenants : Mme M. El Oudghiri, M. A. Noël
- ▶ Semiologie échographique de la pathologie pelvienne de la femme
Session 1 : vendredi 30 mars - Paris - Session 2 : vendredi 15 juin - Paris • Intervenant : Dr E. Petit
- ▶ Tomosynthèse et dépistage du cancer du sein / webinar
Session 1 : mardi 13 mars à 20h - Session 2 : mercredi 30 mai à 20h • Intervenant : Dr P. Coquel

Rappel des forfaits en vigueur et des règles de financement du DPC (Développement Professionnel Continu) pour 2017 :

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



CESSIONS ASSOCIATIONS

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
 Tél : 06.98.15.92.76
 Email : dominiquetarrit@hotmail.fr

10740 17 **Vente ou location de cabinet** – Ile d'Oléron – Cause retraite – cède ou loue cab. sans astreinte ni garde – 2 salles télécommandées, salle séno + console mammo., scanora., écho IU22, ostéo., archivage + serveur web, accès IRM
 > Contact : Dr JOLLY au 06.61.43.37.34 (après 18h30) – Email : jollymail@free.fr

10775 36 **Cherche associé** – Châteauroux – Grpe 4 radiols, cherch 5ème assoc. pour intégrer nouvelle SELARL en création. 2 Cabs en centre ville. Scanner 100% privé, IRM 3 Tesla 70cm 100% privé, IRM dans GIÉ avec CH 50%, radio, capteur plan, écho doppler, cône beam, mammo num, RIS PACS, dictée reconnaissance vocale (One Manager, Softway Medical), téléradiologie. Pas d'astreinte, pas de garde.
 > Contact : Dr SOUNNI
 au 06.98.83.40.74

10778 06 **Cherche successeur ou collaborateur** – Nice - Cause retraite 2018, cab 2 assoc., rech. successeur. Radio conv, écho, mammo, TDM, IRM. Possibilité rempl. et collaboration.
 > Contact : Dr ROMAGNAN SANTINI
 au 06.21.56.31.38
 Email : santinice@orange.fr

10783 75 **Cherche remplaçant** – URGENT : centre d'imag. Paris 19^{ème}. Plateau technique complet sur un seul site (Scanner, IRM, mammo tomosynthèse de Général Electric, cône Beam, 3 échographes, table capteur plan). Travail avec plusieurs radiol. sur site, cherche radiol. inscrit CO et URSSAF pour rempl en vue d'installation à court terme.
 > Contact :
 scannermanincrimée@gmail.com

10793 72 **Cherche associé** – Grand Centre d'Imagerie Médicale – Cherche assoc. Exercice tps plein (4jrs/sem) ou partiel dans cab de ville et clin. Téléradiologie opérationnelle depuis 3 ans. Détails sur site internet www.72mis.fr.
 > Contact : Dr RABI au 06.26.36.68.68 – Email : hrabi70@gmail.com
 ou Dr DESCAMPS au 06.61.32.55.45

10795 49 **Cherche associé** – SEL 23 radiols, cherch. assoc. ou rempl. 4 cab. et 2 sces de clin., moitié secteur 1 et moitié CAS. Activité variée, polyvalente et spécialisée incluant rad. interv. et cardiaque. 3 scanners, 4 IRMS, 1 EOS, 4 mammo, 1 RIS (X Plore), 1 PACS (Télémiss) et 1 post-traitement (Intel-lispace Philips). Astreintes (1 upatou sur

Iclin.). Détails sur site internet : www.angers-radiologie.fr.
 > Contact : Dr MAZET au 06.80.73.42.87

10797 24 **Cherche associé** – Périgueux – SELARL 4 radiols, cherch 5^{ème} assoc. Activité multisite (cab., clin., hop.) : 2 IRM dont une 3T, 1 TDM, PACS, téléradiologie, tomosynthèse, cône beam ... etc. Détails sur site internet www.radiologiepompidou.fr.
 > Contact : Dr BAILLE-BARRELLE
 au 06.35.14.39.05 – Email : flo.dim@sfr.fr

10798 95 **Cherche associé** – Banlieue Parisienne (92 et 95), cause départ en retraite, grpe 3 radiols, cherch assoc. Plateau technique : radio num, écho, mammo num, doppler. Parts dans SA d'IRM et scanner. Remplacements possibles.
 > Contact : Dr DUPARLOIR
 au 06.47.35.81.28
 Email : imageriebezons@gmail.com

10799 78 **Cherche remplaçant** – Imagerie Médicale Sartrouville cherch rempl régulier en vue d'assoc. Plateau technique complet sur 1 seul site (radio-écho-mammo-scanner-IRM).
 > Contact : Dr OHAYON
 au 06.22.02.06.96
 Email : ohayon.ludovic@orange.fr

10802 33 **Location de cabinet** – Bègles – A compter du 01.01.2018, loue cab. radio géné et écho. Salle télécommandée + os poumons + mammo pano télécane + écho. Excellent état de fonctionnement.
 > Contact : Dr DUGERT au 06.26.74.93.19
 Email : drdugert@gmail.com

10803 972 **Cherche remplaçant** – Le Marin – Cabinet libéral individuel (radio – écho – mammo DR) cherch rempl. régulier (3 sem. minimum) ou collaborateur à tps partiel. Conditions à définir ensemble.
 > Contact : Dr DESPREZ au 05.96.74.65.69
 Email : alaind2@wanadoo.fr

10804 28 **Cherche remplaçant/collaborateur** – Dreux – Cab ville cherch rempl/collaborateur. Activité : radio géné, quelques TOGD et hystérogaphies, ostéo, mammo, écho, biopsie mammaires et thyroïdiennes sous écho, PACS. Possibilités vacations TDM et IRM à l'hôpital.
 > Contact : Dr CONAN au 06.73.71.02.62
 Email : conan.jamila@wanadoo.fr

10806 13 **Cherche successeur** – Marignane, Vitrolles – SELARL 14 assoc, cherch successeur. Cabinets et clinique. IRM et scanner.
 > Contact : Dr PIDELLO au 06.18.49.22.94
 Email : remy.pidello@orange.fr

DIVERS

10800 59 **Vente table Carestream** – SELARL vend table Carestream DR 3500 System.
 > Contact : Dr CHOUFA

au 03.28.60.52.88
 Email : blebon.cimc@orange.fr

10801 84 **Vente Echographe** – Cause départ en retraite, vend échographe ALOKA prosound F75 de 2013 avec 4 sondes (convexe abdo, endocavitaire et 2 linéaires pour tissus superficiels). Disponible au 01.01.2018. Egalement dispo échographe cardiologie ALOKA alpha 6 de 2013 avec 3 sondes (phase array superficiel abdo). Faire offre.
 > Contact : Dr PERCHE au 04.90.40.16.16
 Email : g.perche.radio@wanadoo.fr

10805 64 **Vente appareil 3 en 1 cône-beam** – Planmeca Promax 3D mid – Pano dentaire et télécane pour imagerie cranio-faciale et dentaire extra orale hte définition (75µm) grd champ (17cmx20cm) pour diag en endodontie, parodontie, orthodontie, implantologie, chir dentaire et maxillo-faciale et analyse de l'articulation temporo-mandibulaire. Excellent outil pour diag maladies de l'oreille, du sinus maxillaire et voies respiratoires. Prix de vente : 60 000 €. Enlèvement sur site.
 > Contact :
 b.tejedor@cbim-radiologie.com

> 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 4^{ème} trimestre 2017
 ISSN 1631-1914