

Le Médecin Radiologue de France

JANVIER # 332
2011

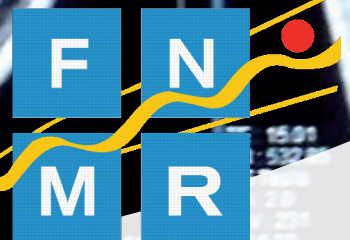
Le Journal de la FNMR

fnmr.org

LE PROJET PROFESSIONNEL COMMUN

Dossier du mois

- Evènement : A propos du RSNA 2010
- Le protocole sur l'imagerie médicale





Dr Jacques NINEY

Résolutions et vœux

La tradition veut que l'on souhaite une bonne année aux autres tout en prenant pour soi quelques résolutions, résolutions d'amélioration se basant sur une certaine autocritique.

La règle syndicale n'échappe pas à ces deux principes qui s'appliquent aussi bien à nous-mêmes médecins radiologues qu'à nos interlocuteurs décisionnaires. Nous vivons depuis plusieurs années une mutation de notre profession et de la façon dont l'appréhendent les institutionnels.

Ces institutionnels, la crise économique aidant, ont pour beaucoup une vision dogmatique purement financière de notre spécialité. A l'inverse, en tant que responsables, nous ne pouvons vivre dans un monde merveilleux en dehors de toute contrainte sociétale économique, ce qui nous pousserait (comme certains) à un corporatisme qui rendrait toute réflexion et dialogues improbables.

Le devoir d'un syndicat est de faire abstraction d'une part de ce dogmatisme politique tout en mettant en avant la nécessité du maintien d'une imagerie libérale de qualité avec les moyens alloués nécessaires. D'autre part, il ne faut pas laisser se développer une attitude syndicale jusqu'au boutiste, isolée du monde qui nous entoure et des différents modes d'exercice des médecins radiologues libéraux.

La politique de la FNMR a été d'inciter les médecins radiologues à se regrouper non seulement dans leur intérêt économique mais pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Ces regroupements nécessaires ont pour but d'offrir un meilleur mode d'exercice, passant par un accès à l'imagerie en coupe.

Ne comptons pas sur nos responsables politiques pour augmenter le nombre de TDM et d'IRM suffisamment, sauf à prendre des mesures absurdes d'attributions à enveloppe fermée en réduisant les forfaits techniques.

Regroupés, les médecins radiologues représentent une force de représentativité tout particulièrement dans les régions. Les premières décisions prises par certaines ARS laissent à penser que nous avons besoin de faire entendre nos voix afin de ne pas permettre la mise en place de systèmes découlant uniquement du fait du prince. L'écoute de ces regroupements au travers des G4 régionaux est primordiale.

Le plan pluriannuel qui a été signé est bien sûr un compromis afin de nous donner une visibilité, les attaques financières annuelles de 120 à 140 millions d'euros étant insupportables. Ce plan nous permet de récupérer un mode de financement partiel pour certains actes et de créer des cotations pour certains autres. Mais il s'appuie également sur des résolutions que devront respecter les médecins radiologues, résolutions aisées à tenir mais dont le respect est important pour l'équilibre de notre plan.

Un plan fait de compromis entre nos différents modes d'exercice peut être source d'interrogations mais notre rôle n'est il pas de respecter et faire respecter ces différences ?

L'année 2011 sera syndicalement forte avec la mise en phase progressive des pouvoirs dévolus aux ARS et les discussions sur la future convention médicale nationale.

Conscients des difficultés, le Bureau de la FNMR et moi même ne dérogeons cependant pas à la tradition de vous souhaiter une bonne année.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 332

■ Evènement : A propos du RSNA 2010	04
■ Le projet professionnel commun : Au cœur du PPC : Le projet médical	10
Le POSIM outil central du PPC	12
Quels modes de rémunération ?	14
L'intégration de la dimension hospitalo-universitaire	16
Comment avancer concrètement dans la mise en œuvre du PPC	18
■ LFSS 2011 : Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2011 mais censure 19 articles	26
■ Hommages	27
■ Protocole sur l'imagerie médicale entre l'UNCAM et la FNMR	28

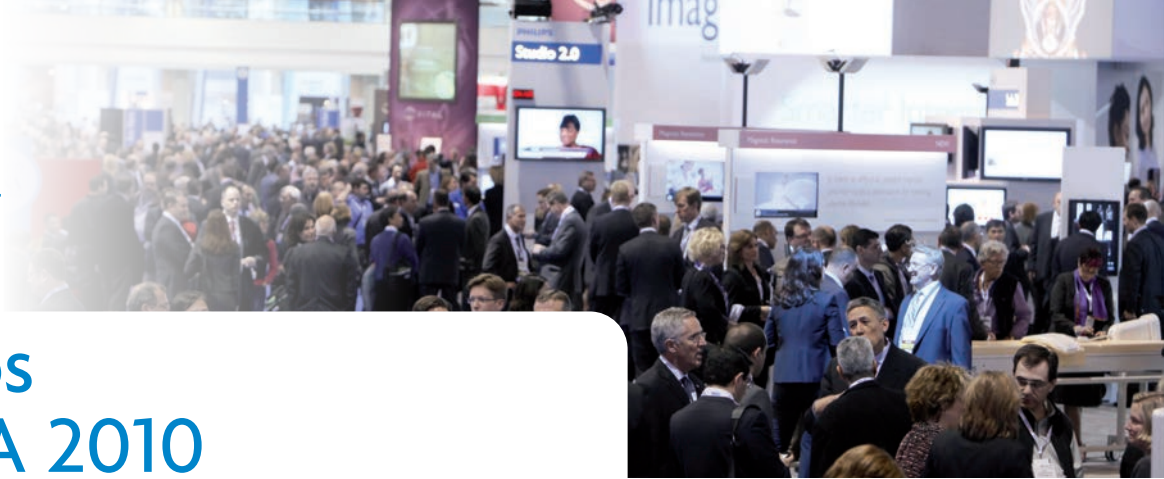
■ Statistiques	29
■ Tarification : Décision UNCAM du 16 novembre 2010 Journal Officiel 26 décembre 2010	30 31
■ Petites annonces	34

Annonces

ADPIM	25
BRACCO	02
FORCOMED	32 - 33
FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE	36
GUERBET	11
PMFR	35



fnmr.org



A propos du RSNA 2010

Le congrès de la RSNA arrive en fin d'année, au moment où les Américains digèrent la dinde farcie de Thanksgiving. Chacun sa dinde... C'est aussi l'occasion du bilan de l'année écoulée, avant la trêve des confiseurs, marquée cette année par la parution le 26 décembre au Journal Officiel de la République Française d'une mesure touchant une fois de plus la radiologie, et plus particulièrement l'imagerie en coupe. C'est aussi la première fois que le JO publie les bonnes façons de faire de la radiologie, selon la Haute Autorité de Santé et ses biais bien connus. On méditera sans doute sur le JO « missionnaire » de la pensée unique sans moyen(s) car il faut les équipements adéquats pour déférer à l'instruction impérative... Point d'actions de grâce, donc. La RSNA reste cependant l'occasion de quelques paraboles sur lesquelles on peut toujours méditer.

Ces moyens, les radiologues peuvent être tentés d'aller les chercher à Chicago et 56 824 visiteurs, 35 110 professionnels et 21 714 industriels et autres (envoyés de la CNAMTS compris), ont « assisté » au RSNA 2010 dont le thème était la « médecine personnalisée ».

The Clinton's bill (Bill's bill)

L'annonce de la conférence de Bill Clinton a fait un peu tousser, ce d'autant qu'il fallait avoir réservé pour y assister. Clinton facture \$ 150 000 ses apparitions et celle du RSNA a été prise en charge par un donateur en des termes qui sont restés confidentiels.

D'autre part, le bilan de Clinton en matière de santé a été pour le moins mitigé, l'échec de la tentative de réforme ayant été patent, et le Président Obama n'est pas en meilleure posture, à talents égaux (?).



Bill Clinton

Bill Clinton a reçu un accueil chaleureux le mardi après midi devant une salle de 4500 personnes, complétée par des écrans extérieurs pour les 2600 autres qui n'avaient pas eu accès. Hedvig Hricak (Sloan Kettering, NY), présidente de la RSNA, a mené la séance de questions/réponses dont le

cancer a été le point central, tueur numéro un, en particulier dans les pays « en voie de développement » pour lesquels le Président a créé une fondation, la « Clinton Health Access Initiative » qui s'adresse aussi au SIDA, à la tuberculose ou au paludisme.

A la présence du Président Clinton, il faut ajouter la visite du ministre Chinois de la Santé dans le cadre du « RSNA-China Medical Engineering Forum » tenu le 2 décembre, associé à des présentations scientifiques dans le cadre de « China présents ».

L'Europe a été présente, notamment au cours du symposium consacré aux tendances internationales concernant la recherche car, comme l'a rappelé le Pr Gabriel Krestin (Rotterdam) en insistant sur l'importance des travaux de recherche clinique, mais en « bio-imagerie », même si les Etats-Unis ont un volume plus important de publications grâce à des infra-structures adaptées aux essais cliniques. Mitchell Schnall (ACRIN) déclare que les Etats-Unis accueilleront favorablement des études collaboratives... L'Amérique latine reste un peu à la traîne selon Ricardo Garcia-Monaco (Brésil) avec de grandes disparités.

“ Les Etats-Unis accueilleront favorablement des études collaboratives... ”

Une séance inaugurale en « iques » : génomique, protéomique, génétique et théranostic !

L'allocution présidentielle lors de la séance d'ouverture du dimanche matin est très attendue, mais parfois décevante. C'est cependant souvent l'occasion de relever quelques pistes dans un discours souvent assez général, voire vague, peuplé de lieux communs ou d'évidence qu'il faut parfois savoir rappeler.

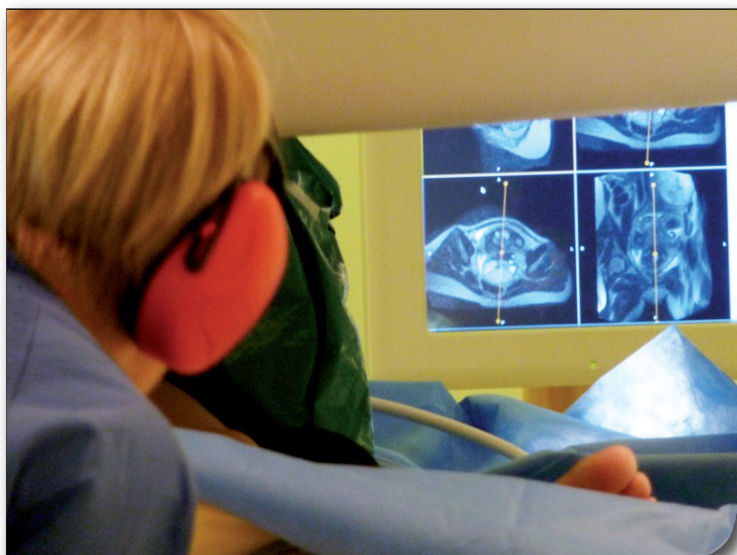
Cette année, la présidence revenait à une femme remarquable, connue pour ses nombreux travaux en imagerie cancérologique. La Présidente Hedvig Hricak a ainsi souligné l'importance de l'imagerie en oncologie dans son exposé intitulé « *Oncologic Imaging : a guiding hand of personalized*



Hedvig Hricak

cancer care ». Selon elle, l'imagerie en coupe a constitué une avancée remarquable dans la prise en charge des cancers et a ouvert la voie à la médecine personnalisée.

L'apparition des techniques « moléculaires » et des biomarqueurs entraîne maintenant un changement de paradigme : on passe du « un seul traitement pour tout le monde » à une médecine personnalisée guidée par les divers « omiques »... La médecine personnalisée au 21^{ème} siècle consiste à délivrer le bon soin au bon patient au bon moment avec un impact mesurable non seulement sur les résultats, mais aussi sur les coûts. Les biomarqueurs doivent être validés, quelle que soit leur origine (imagerie, biologie, histologie), quantitatifs et reproductibles. Selon Mme Hricak, dans les cinq à dix ans qui viennent, la médecine assistera à des développements qui renforceront le rôle de l'imagerie, dans l'imagerie moléculaire, les diagnostics intégrés, la radiologie interventionnelle guidée par la biologie et les « theranostics », le théranostic étant l'association d'un test diagnostique à une thérapie.



Imagerie moléculaire

L'imagerie moléculaire va devenir une sous-spécialité qui suppose la création de médecins d'un nouveau type, formés à la médecine nucléaire, à l'imagerie de diagnostic, à la radio-chimie et la biologie moléculaire. Le diagnostic intégré dépend d'une collaboration étroite entre l'imagerie et l'anatomo-pathologie conduisant à l'anatomopathologie moléculaire. Si l'imagerie actuelle offre déjà une illustration anatomique très précise, le futur de l'imagerie interventionnelle passe par les biopsies et les interventions guidées par la biologie.

Alors que le cancer est devenu une maladie chronique, le défi est maintenant de détecter les métastases et de les caractériser alors qu'elles se dé-différencient dans 30 % des cas : les bio-marqueurs prédictifs doivent correspondre à la biologie de la maladie métastatique. Comme il n'est pas possible de les biopsier toutes, l'imagerie moléculaire

devient fondamentale pour le traitement personnalisé. Contrôler les résultats d'une thérapie ciblée au moyen d'une imagerie ciblée est l'essence d'un nouveau champ d'application ou théranostic.

A la suite du développement de l'imagerie moléculaire, notre profession, affirme Mme Hricak, est à un point stratégique, ce qui explique aussi le risque lié à ces enjeux. Il n'est pas nécessaire que tous les radiologues se forment, ou se reforment, mais leur compétence, voire leur expertise, doit être en phase avec celle des cliniciens dans des environnements socio-professionnels très différents. Notre profession doit garder son rythme et son potentiel d'innovation, ce qui suppose un attrait pour le changement...

John Mendelsohn, Président du MD Anderson Cancer Center à Houston (TX), est passé du général au particulier : lorsque les chercheurs seront capables d'identifier les patients susceptibles de répondre à des thérapies ciblées, les médecins seront alors capables de proposer des traitements « sur



John Mendelsohn

mesures ». La médecine personnalisée concernant le cancer est devenue une entreprise multidisciplinaire et les traitements visant les « produits » contrôlés par les gènes à l'origine des cancers sont disponibles... Il serait maintenant possible de proposer des traitements basés sur les anomalies génétiques et moléculaires de chaque cancer chez chaque patient ! Cette année 2010 marque la naissance des thérapies ciblées dont le concept a été énoncé par Paul Ehrlich en 1908 d'après ses observations sur les récepteurs cellulaires. L'étape suivante a été l'utilisation d'anti-folates pour le traitement des leucémies par Sydney Farber en 1948. Dans les années 80, John Mendelsohn et Gordon Sato ont mis au point des thérapies ciblées utilisant des anti-corps monoclonaux se liant à l'Epidermal Growth Factor (EGF), découvert par Stanley Cohen, pour bloquer l'accès à l'EGF dans le but de prévenir la prolifération cellulaire et l'activation de la tyrosine kinase. Les essais concluants ont abouti à la mise sur le marché d'un produit, chimère humaine et murine, le Cetuximab.

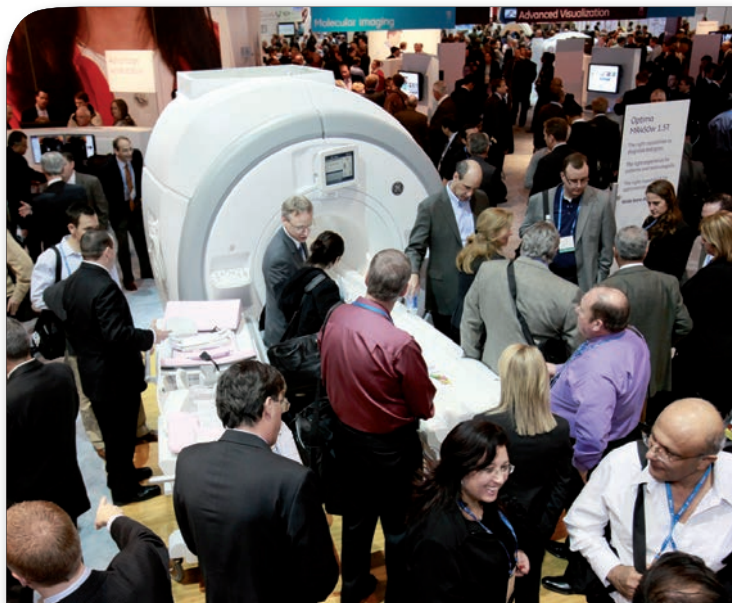
“ Contrôler les résultats d'une thérapie ciblée au moyen d'une imagerie ciblée est l'essence d'un nouveau champ d'application ou théranostic. ”

L'accès des récepteurs à l'EGF est un point commun à de nombreux cancers, avec une conséquence en pratique clinique... Selon John Mendelsohn, de nombreux essais thérapeutiques portent sur les antifolates, les récepteurs hormonaux, la tyrosine kinase, les voies d'activation et de régulation, la réparation de l'ADN ou les voies

métaboliques. Ainsi, quatre voies moléculaires différentes sont envisagées contre le cancer du poumon, ou Biomarker-integrated Approaches of Targeted Therapy for Lung Cancer Elimination ou « BATTLE ». Le programme T9 (« 10 000 tumeurs, 10 000 tests, 10 000 traitements ») utilise des données issues du Human Cancer Genome Project en sélectionnant au moins 5% des gènes provenant des cancers épithéliaux les plus fréquents, soit une quarantaine. L'étude de ces gènes et de leurs anomalies doit permettre de mettre en place des études pilotes : si il existe un traitement ciblé, celui-ci sera proposé au patient. Sinon, il sera enrôlé dans des essais thérapeutiques. Ainsi, les essais de phase menés par Razelle Kurzrock (MD Anderson) avec des inhibiteurs du phosphoinosite 3-kinase/rapamycine (PI3K/mTor pour les intimes) ont obtenu une réponse complète ou une stabilisation chez 40 % des patients en s'attaquant aux perturbations observées dans les voies métaboliques.

Il pourrait donc être possible de cibler mieux les traitements et de faire plus rapidement des essais. Il faut pour cela des équipes multidisciplinaires pour faire face à un nombre relativement limité de cibles alors que plus de 800 nouveaux médicaments sont en vue.

Sanjiv Gambhir (Boston) a rappelé que la détection précoce était essentielle et que le paradoxe actuel est que l'on dépense cent fois plus pour traiter que pour dépister. Gambhir, un des pionniers de l'imagerie moléculaire, se penche sur les biomarqueurs et développe des « magneto-nano-sensors » en utilisant des nano-particules magnétiques pour marquer des protéines liées aux cancers. D'autres méthodes, acoustiques, avec des ultra-sons, ou photo-acoustiques sont aussi développées. Cependant, malgré toutes ses voies prometteuses, les associations de tests in vitro et in vivo resteront nécessaires pour encore un certain temps.



Le cancer n'est pas tout et l'analyse quantitative fait son chemin dans d'autres domaines comme en pneumologie pour les bronchopathies chroniques obstructives. Le scanner permet une analyse morphologique, dynamique avec étude en inspiration et expiration, anatomique et descriptive, selon le Pr Ph Grenier (Paris), mais aussi une quantification par les mesures d'atténuation dont le Dr Joyce Schroeder (Denver) a montré qu'il y avait une corrélation étroite avec la spirométrie. Le phénotypage des différents types d'affections devraient aussi pouvoir déboucher sur des traitements plus « personnalisés »... Le scanner est devenu un outil d'essai clinique !

Yes, we can

La crise n'empêche pas la créativité, au contraire, et la téléradiologie fait partie du grand rebond en avant. Elle s'était développée dans les années 2000 sous l'effet du manque de radiologues et du désir, voire du devoir, d'assurer les permanences de nuit, nuit profonde comprise, tout en se gardant des expériences de téléradiologie internationale par différents moyens défendus par l'ACR. L'obligation d'obtenir une licence dans l'état fédéral a d'ailleurs limité les candidats de l'étranger, ou même des étrangers de l'intérieur. Diverses sociétés aux noms bien choisis ont ainsi fleuri comme NightHawk (Faucon de Nuit) ou Virtual Radiology qui s'introduisirent en bourse. Un groupe d'investisseurs vient d'annoncer l'achat et la fusion de ces sociétés pour créer le plus grand groupe américain, soit 325 radiologues desservant 2700 centres de soins dans 50 états. Selon Rob Kill (cela ne s'invente pas), les deux organisations réunies contrôleront 1% du marché qui pèse \$ 20 milliards, soit une belle facture (Kill's bill, bien sûr). Même si les avis divergent, la téléradiologie est devenue une part de la pratique, répartie entre les sociétés qui en font commerce et des structures plus conventionnelles qui l'utilisent et offrent aussi un service.

“ Téléradiologie : l'obligation d'obtenir une licence dans l'état fédéral a d'ailleurs limité les candidats de l'étranger, ou même des étrangers de l'intérieur. ”

L'avenir dira si les sociétés l'emporteront sur les radiologues de proximité sous la pression des établissements qui cherchent aussi à contrôler leurs coûts d'imagerie... D'autre part, 75 % des radiologues participants ont une spécialité et une expertise à distance est donc possible, voire même un meilleur service en adressant les images de spécialité aux spécialistes de ces images.

Ce mouvement est aussi facilité par les évolutions de la technologie, connexion ultra-rapide et « coffre-forts » sécurisés et décentralisés pour l'archivage/stockage. Certaines sociétés comme Advanced Medical Imaging Consultants (AMIC) se chargent de tout, de la gestion des technologies de l'information (IT) jusqu'à l'interprétation.



Par contre, ces structures ne prennent pas en compte la fatigue du radiologue, éventuellement téléradiologue, dont le Journal of the American College of Radiology (JACR) a montré qu'elle augmentait au cours de la journée sans toutefois avoir d'impact majeur. Des radiologues et des résidents de deux universités (Iowa et Arizona) ont revu soixante dossiers de pathologie osseuse, dont des fractures, avant toute activité de routine puis après une matinée de travail. La perte de précision diagnostique est de 4 % après une matinée de travail. La lecture des scanners et des IRM apparaît aussi comme plus fatigantes, même dans le cas d'une lecture sur film.

C'est sans doute pour cela que dans les projets, il y a aussi une traçabilité des performances individuelles, comme pour les chirurgiens qui sont évalués sur leurs performances selon différents critères.

« Concept d'ineptitude »

La complexité du monde de la santé est grandissante au point de devenir trop complexe, aboutissant au concept « d'ineptitude » développé par Atul Gawande (Harvard) qui pense que nous avons besoin d'une science qui prenne en charge notre savoir et son organisation. La réponse n'est pas dans la formation, les études de médecine se sont encore allongées, mais dans l'organisation avec l'utilisation de « check lists » qui permettent de limiter les erreurs et les redondances sans obérer l'avenir financier du système de soins...

« L'électronisation » de la société se poursuit avec le dossier médical électronique, une arme contre « l'ineptitude » ?, qui a fait l'objet d'un stimulus franc sous la forme d'un investissement de \$ 19 milliards par le Congrès des Etats-Unis. Le praticien doit faire la preuve de son implication pour être éligible dans la procédure du « meaningful use ». Les radiologues avaient été oubliés dans le dispositif. Heureusement, démocratie sanitaire oblige, le CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) a ouvert une consultation sur le sujet et les organisations représentatives (ACR, RSNA, SIIM) ont obtenu gain de cause. Le rôle central de l'imagerie dans le dossier médical électronique est reconnu et celui-ci peut potentialiser l'efficacité en apportant des informations médicales et en évitant la redondance d'examens.



Selon Keith Dreyer (Mass General, Boston), 90 % des radiologues sont éligibles pour une carotte de \$ 44 000. Le bâton est annoncé pour 2015. Le mécanisme incitatif est strict, mais contient des éléments positifs comme les plateformes de partage des images en ligne.

Le dossier médical électronique comportant des examens d'imagerie deviendra essentiel dans le paysage médical à très court terme.

Yes, we do : « me too mania » !

L'irradiation ou, plutôt, l'exposition aux rayonnements a fini par faire surface après avoir été longtemps ignorée malgré des travaux anglais ou français remontant à quelques décennies. Il a fallu quelques accidents retentissants pour que la préoccupation devienne américaine, amplifiée par la presse et le risque de cancer secondaire. Depuis un certain temps, les fabricants proposaient des acquisitions, à faible dose ou modulée, en fonction des régions anatomiques avec une guerre de chiffres et de doses, de détecteurs, de pitch et autres données.

La reconstruction itérative est devenue un moyen très en vogue pour réduire la dose : ASIR (Adaptative Statistical Iterative Reconstruction) de GE, IRIS (Iterative Reconstruction in Image Space) de Siemens ou iDose de Philips pour ne citer que ceux-là. La dose serait ainsi réduite jusqu'à 50 à 60 % sans les compromis qualitatifs autrefois nécessaires avec certaines méthodes au prix, technique et monétaire, de l'augmentation de la puissance informatique nécessaire à la reconstruction. Il n'en reste pas moins que la gestion du contraste de l'image reste difficile, notamment en imagerie cérébrale où, d'ailleurs, la réduction de dose reste plus modérée. Cette méthode peut être livrée avec les nouveaux scanners ou faire l'objet

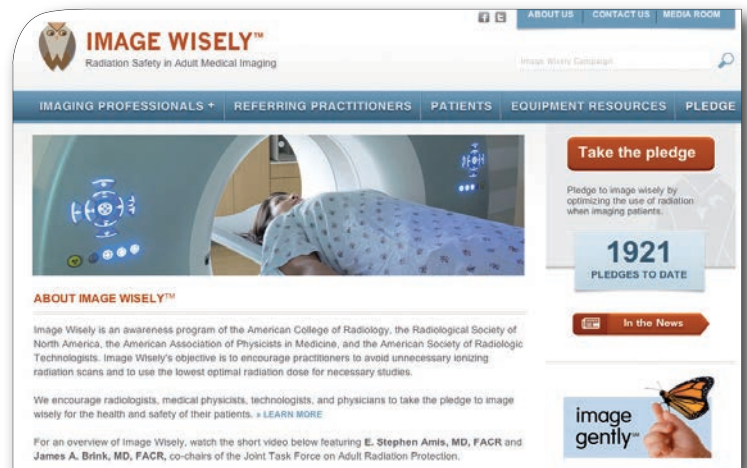
“La reconstruction itérative est devenue un moyen très en vogue pour réduire la dose.”

d'une mise à jour ou « upgrade », à supposer que cet « upgrade » soit finançable...

La RSNA s'est aussi engagée dans une campagne de sensibilisation ou « Image Wisely Campaign », avec

site web (ImageWisely.org), pour encourager les praticiens à utiliser d'autres techniques, « non ionisantes », ou à réduire les doses délivrées.

Les radio-pédiatres sont aussi à l'origine d'un registre national des doses pour leurs patients, sur le modèle du registre de l'asthme, qui est parti d'un projet subventionné par le RSNA (Derek Harwood-Nash grant) dont a bénéficié le Dr Marilyn Goske (Cincinnati). Ce projet concerne surtout l'utilisation du scanner en radiopédiatrie, utilisation en constante augmentation aux Etats-Unis. Un projet plus général, non pédiatrique, est aussi à l'étude via le ACR National Radiology Data Registry qui devrait être au point



Site web ImageWisely.org

courant 2011.

En cardiologie, point d'état d'âme : le scanner est un instrument essentiel devant une douleur thoracique. Le scanner coronarien permet un tri rapide entre les patients qui doivent être gardés, et pris en charge, et les autres. Le Dr Halpern (Philadelphie) considère que le scanner est la révolution aux urgences, ce que confirme le Dr Litt (Philadelphie) dont 75 % des patients, en attendant 85/90 %, sont rassurés au prix d'une irradiation modérée et d'une dépense bien moindre. Cependant, le Dr Srichai (NY) rappelle que le scanner n'est pas tout et qu'une approche clinique reste nécessaire.

Petite cuvée technologique ?

Après une belle plongée dans l'avenir euphorique de la science guidant la médecine, le retour à la réalité se fait rapidement car la crise économique est bien là. Les hordes américaines se sont faites plus rares et moins denses sur les stands, laissant un peu plus de place aux européens, Français notamment, qui continuent de venir en nombre.

Faits d'hiver

Vingt ans après sa création, « *Diagnostic Imaging* » va semble-t-il tirer sa révérence, au moins en version papier, sous l'effet de l'effondrement de la publicité. « Scan », la lettre d'information plus ou moins confidentielle, avait déjà été supprimée il y a quelques mois par le groupe CMP Media qui détient, soit dit en passant le « *Quotidien du Médecin* ». DI a longtemps été le symbole d'une information indépendante avec un comité prestigieux rassemblant quelques grands noms de la radiologie américaine, mais, depuis quelques années, le comité s'était dépeuplé pour laisser place à des gens moins connus : le vent avait tourné.

L'édition annuelle de DI « spécial RSNA » était presque aussi épaisse que le programme du Congrès de la RSNA,

puis on a vu les effets du régime sec se faire sentir jusqu'à la cachexie : la page est tournée. Reste « Aunt Minnie », petite souris du Web qui a su naître et s'adapter, qui va devoir faire face à « Diagnostic Imaging.com » qui deviendra sans doute un concurrent sérieux.

Les introductions de nouveautés sont aussi moins nombreuses, mais il faut aussi dire que la RSNA en a de moins en moins la primeur, d'autres congrès régionaux comme l'ECR ou les JFR ou le JMCP jouant un rôle croissant. On remarque aussi que les asiatiques, même s'ils sont très présents au RSNA, ne dédaignent pas d'aller à ECR (Vienne) et sortir de l'orbite yankee. Dans le même temps, le marché de l'occasion fait des bonds et les fabricants, mêmes les plus grands, sinon les plus gros, ont réduit la surface des stands, pas l'épaisseur de la moquette. On a donc tiré des plans sur la moquette...

La radiologie dite conventionnelle bouge encore avec des systèmes sans fil qui se répandent comme le Canon CXDI-70 C (environ 3 kg, haute résolution) qui vient affronter le Carestream DRX-1C. Fuji garde un fil pour faire évoluer une table analogique avec le capteur D-EVO et Agfa joue toujours la carte du DX G et présente le système DR DX-D 100. En attendant, les plaques CR restent une alternative viable...

La sénologie avance prudemment sur la voie de la tomosynthèse qui attend l'approbation de la FDA, marché américain oblige.

Le scanner met en avant la réduction de dose et le nombre de détecteurs ainsi que la rapidité d'acquisition dédiée, non pas à la productivité, mais à des applications qui avaient besoin de ces perfectionnements, étude de perfusion notamment (cerveau, mais aussi foie et rein, tumeurs).

L'intégration des techniques se poursuit au-delà de la médecine dite nucléaire, IRM et TEP, comme, par exemple, les salles de radiologie vasculaire et cardiaque utilisant les ultra-sons pour l'imagerie en temps réel et les acquisitions

synchronisées. Les ultra-sons ne sont pas en reste avec des voies différentes, miniaturisation et portabilité d'un côté et machines très sophistiquées avec imagerie « matricielle » de l'autre...

L'IRM est plus sage avec de rares nouveautés (certains 3T,



Scanner

aimant large pour l'imagerie thérapeutique et/ou bariatrique) dans un marché américain un peu atone. Enfin, les technologies de l'information sont bien représentées, orientées vers des portails d'accès et de distribution où des tablettes comme l'iPad ont leur place ! En attendant des applications spécifiques, l'iPad peut être un outil de communication avec les médecins et les patients notamment dans la campagne « Face of Radiology Campaign » (www.mypatientconnection.com).

Conclusion :

Le bilan d'un « RSNA » est toujours protéiforme, surtout à distance, au travers des communications et/ou des écrits. Il n'en reste pas moins que l'austérité masochiste érigée en vertu de ce côté-ci de l'Atlantique rend perplexe, sinon soucieux, devant le dynamisme affiché de l'autre côté. Le risque de captation des brillants cerveaux et de dépendance accrue ne fait qu'augmenter quels que soient les mérites des médecins radiologues français.

En voyageant en Europe ou en Asie, on perçoit à quel point le système français est au bord de l'euthanasie passive dans la désinformation complète. Les radiologues américains ont bien compris que l'information des patients était essentielle. Une autre leçon du RSNA : poursuivre l'effort déjà entrepris par toutes les composantes de la radiologie ! ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Président de la FNMR



“ Le scanner met en avant la réduction de dose et le nombre de détecteurs ainsi que la rapidité d'acquisition dédiée, non pas à la productivité, mais à des applications. ”

Au cœur du Projet Professionnel Commun des radiologues : le projet médical

Le Projet Professionnel Commun résulte de l'engagement des radiologues d'améliorer la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire. Il est fondé sur le partage et la mutualisation des compétences et des équipements, dans le cadre d'un maillage territorial qui respecte la radiologie de proximité. Il vise à assurer le fonctionnement harmonieux d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, performant, et répondant aux recommandations du guide du bon usage des examens d'imagerie. Ce projet professionnel commun doit nous permettre de mettre en œuvre rapidement le plan pour l'imagerie en dix

Les médecins radiologues libéraux et publics suivent les mêmes patients et ont l'habitude d'utiliser les mêmes équipements. Dans un contexte de spécialisation croissante des médecins radiologues, l'intérêt des patients est garanti par la possibilité d'être pris en charge par le professionnel le plus compétent, que celui-ci exerce à l'hôpital ou en ville. C'est dans la dimension de l'accès aux soins et, au-delà de la qualité

“ C'est dans la dimension de l'accès aux soins et, au-delà, de la qualité de ces soins que doit se matérialiser cette nouvelle organisation. ”

de ces soins que doit se matérialiser cette nouvelle organisation qui doit permettre de garantir la qualité du service médical rendu, tout en fluidifiant le parcours de soins et en optimisant les séjours hospitaliers.

Pourquoi le projet professionnel commun est-il aussi important pour l'imagerie ?

- 1 Du fait du rôle de plus en plus important que jouent l'imagerie ultrasons – scanner - IRM – médecine nucléaire – radiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique en médecine.
- 2 De la multiplication potentielle du nombre d'imagerie par patient ou sujet sain (dépistage, suivi thérapeutique).
- 3 De l'augmentation du rôle des radiologues pour les urgences et pour le traitement (radiologie interventionnelle).
- 4 De la nécessité de faire évoluer des organisations souvent archaïques, résultats d'une histoire administrative et d'intérêts économiques : autorisations d'équipements lourds – clivage entre un secteur public sur lequel repose l'avenir médical (recherche et enseignement) et un secteur libéral intégré dans le Plan Régional de Santé depuis la loi HPST instaurant les ARS – modes de rémunération basés sur le paiement à l'acte en libéral et le salariat dans les

structures publiques dont les avantages et inconvénients sont connus.

Les professionnels de santé ont pris conscience du rôle de l'imagerie mais pas toujours du rôle des radiologues. Comment les médecins radiologues peuvent-ils être au cœur des projets régionaux de santé ?

C'est par la déclinaison territoriale du projet professionnel commun réunissant des radiologues de tous secteurs, en cohérence avec l'organisation régionale. Au centre de ce projet, se trouve les bonnes pratiques au premier rang desquelles se situent les techniques les plus innovantes avec du matériel de qualité et mutualisé. Le dialogue entre le médecin radiologue et son patient est essentiel de même que l'association avec les cliniciens.

Un tel projet se battit d'abord avec nos collaborateurs les plus proches à savoir les manipulateurs. Il est construit en association avec nos collègues médecins nucléaires et tous nos collègues cliniciens. Il anticipe la nécessaire préservation du maillage territorial ; souple, il doit s'adapter en intégrant d'autres structures et en anticipant de nouveaux modes d'organisation et de nouveaux modes de prise en charge du patient.

Le conseil professionnel (G4) permet à tous les radiologues de se réunir ; son objectif est le rayonnement de la radiologie française. Nul doute que la mise en œuvre du projet professionnel commun en fait partie ! ■

Pr Michel CLAUDON,
Président du CERF

Dr Jacques NINEY,
Président de la FNMR

Pr Jean-Pierre PRUVO,
Secrétaire Général de la SFR

Pr Alain RAHMOUNI
Président du SRH





Le POSIM, outil central du projet professionnel

Emanation du G4 national, les G4 régionaux ont pour objectif de développer et mettre en application tous les outils nécessaires à la défense et à la promotion de notre spécialité. Le paysage relationnel avec les institutionnels a fortement évolué par la mise en place des ARS.

Les G4 régionaux se doivent d'être les interlocuteurs privilégiés des agences afin de porter entre autres nos projets communs, projets portant non seulement sur le type et les modalités d'attribution des équipements d'imagerie en coupe mais également sur le mode d'exercice.

Notre mode d'exercice est impacté par les modifications technologiques, les problématiques financières et organisationnelles. Parmi ces dernières figurent au premier plan les contraintes démographiques actuelles et futures.

Le projet professionnel commun de l'imagerie médicale a été élaboré afin de permettre aux acteurs concernés de résoudre les difficultés auxquelles ils se trouvent confrontés, à la recherche de l'efficacité des moyens et des hommes, et ce dans le but de répondre de la meilleure façon à la prise en charge des patients.

“Le projet professionnel commun de l'imagerie médicale a été élaboré afin de permettre aux acteurs concernés de résoudre les difficultés auxquelles ils se trouvent confrontés.”

La région, pivot central, est à même d'évaluer et de répondre aux difficultés rencontrées.

Les travaux menés durant l'élaboration du projet professionnel commun ont ainsi établi cinq axes pour une nouvelle organisation :

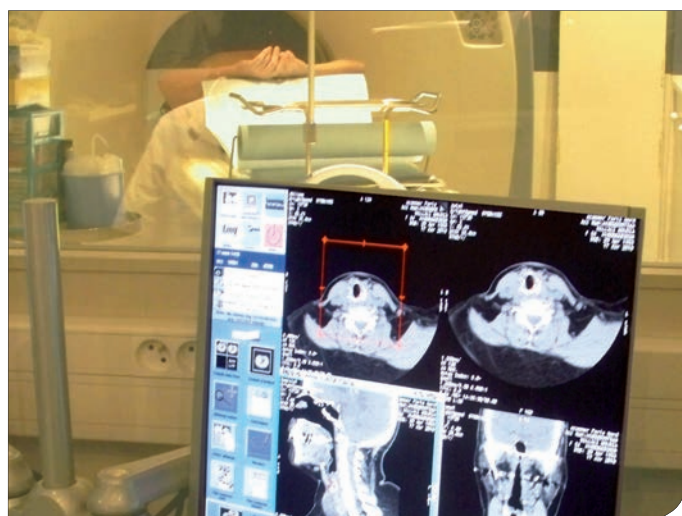
- penser l'imagerie au niveau d'une zone géographique ;
- favoriser la qualité et la bonne gestion des indications ;
- favoriser le déploiement de la téléradiologie ;
- concevoir les outils juridiques adaptés ;
- obtenir plus de souplesse et d'homogénéité dans la gestion des statuts.

Afin de rendre cette démarche opérationnelle, la nécessité de mise en place d'un outil spécifique s'est révélée indispensable.

Cet outil est nommé : le pôle sectoriel d'imagerie médicale (POSIM).

- Le POSIM : il s'agit, dans une zone géographique donnée (locale, sectorielle, territoriale), d'un regroupement de moyens de plusieurs acteurs de l'imagerie médicale, porté par un projet médical commun.
- Le POSIM vise à assurer le fonctionnement harmonieux d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante et mutualisé, tout en assurant la radiologie de première intention de proximité.
- Le POSIM s'appuie sur le SROS ambulatoire et sur le SROS imagerie.

S'appuyant sur un projet médical et un accord gagnant-gagnant, ce n'est en aucun cas une coopération « institutionnelle » forcée mais une démarche volontaire. La constitution de POSIM nécessite de repenser les logiques d'attribution des équipements lourds pour leur permettre de disposer d'un accès suffisant aux équipements d'imagerie en coupe.



Autre outil indispensable : la mise en place, réfléchi et régulée par la profession, de la téléimagerie :

- ❑ La téléradiologie est un acte médical.
- ❑ Elle ne peut pas être réduite à un simple outil de gestion de la permanence des soins.
- ❑ Elle doit être pensée dans le cadre d'un projet médical local, précisant :
 - la gestion de l'adressage aux compétences radiologiques spécialisées ;
 - les règles d'assurance qualité ;
 - la répartition de la charge de travail ;
 - l'accès aux techniques appropriées.

“La téléradiologie est un acte médical.”

On ne peut élaborer un projet professionnel aussi ambitieux sans se donner un cadre juridique protecteur des acteurs impliqués et régulateur par rapport aux interlocuteurs institutionnels.

- ❑ Le cadre juridique doit permettre l'activité conjointe des médecins hospitaliers, libéraux et des internes.
- ❑ la loi HPST prévoit la constitution de GCS :
 - ce cadre a des limites, les GCS constitués entre un établissements public et des professionnels libéraux étant de droit public ;
 - d'autres cadres juridiques demeurent possibles : GIE, conventions de mise à disposition, etc.
- ❑ Il est nécessaire de prévoir au niveau des ARS un régime d'expérimentations dérogatoires.
Ces expérimentations permettront de lever certaines situations de blocage et de faire avancer de manière pragmatique des solutions locales.
- ❑ Le POSIM doit permettre un rapprochement, même partiel, des modes d'exercice et des statuts.
- ❑ Modalités de l'activité libérale des praticiens hospitaliers : l'activité libérale, régulateur des revenus de nombreux praticiens hospitaliers, est aujourd'hui limitée par la faible disponibilité des équipements en coupe.
- ❑ Temps partiel des PH qui recherchent un double statut.
- ❑ Possibilités d'exercice hospitalier pour les libéraux.
- ❑ Conditions de la participation des libéraux à la permanence des soins.



En conclusion

Le clivage « historique » entre les secteurs public et libéral n'a plus de raison d'être :

- Il est vain de vouloir déshabiller un secteur pour habiller l'autre ;
- Face aux contraintes de l'imagerie moderne, il est nécessaire de faciliter une réponse globale à des problèmes locaux ;
- Les solutions trouvées grâce aux exigences de progrès et d'amélioration des médecins radiologues libéraux et publics seront en revanche conçues sur mesure pour répondre aux besoins du terrain. ■

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR





Quels modes de rémunération des radiologues proposer dans le cadre du projet professionnel commun ?

Le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH) a œuvré au Projet Professionnel Commun et le soutient sans réserve : celui-ci peut s'enrichir de contributions sur l'organisation de nos ressources humaines et l'organisation humaine de nos ressources. Nul doute que les modes de rémunération sont un sujet d'intérêt que nous avons souhaité aborder.

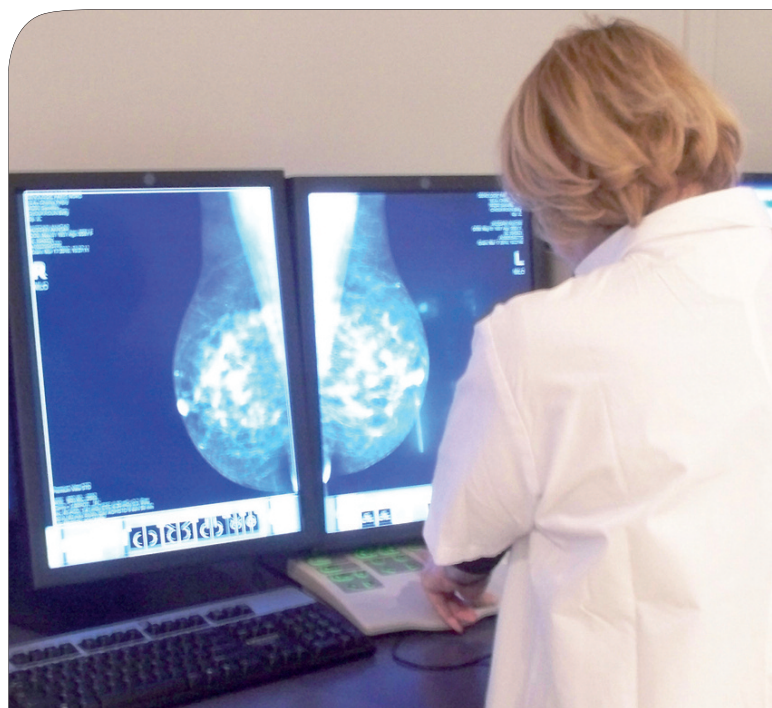
Pour les radiologues des établissements publics de santé (enquêtes SRH), la première raison d'insatisfaction qui les pousserait à démissionner sont les lourdeurs administratives et bureaucratiques (recrutements, gestion PNM, gestion matériel, etc...) suivie de l'insuffisance croissante en investissements matériels, puis l'insuffisante reconnaissance du rôle des médecins radiologues au sein de l'établissement, qui est notamment une conséquence de la mise en place de la T2A, sans budget identifié pour les activités d'imagerie ; la seconde raison de non-attractivité de nos hôpitaux publics est la lourdeur des gardes et astreintes quand les équipes sont peu nombreuses et que gardes et astreintes s'enchaînent à un rythme inacceptable; la dernière raison ci-dessus citée s'accompagne d'un niveau de rémunération considéré par nos collègues comme insuffisant au regard de la pénibilité du travail et des responsabilités assumées.

Les modes de rémunération au sein des structures territoriales d'imagerie doivent être identiques pour tous les radiologues qui y participent. Bien entendu, des différences de rémunération peuvent découler de la diversité des activités des radiologues et il ne s'agit pas d'égaliser le niveau de rémunération. Il nous apparaît donc

“ Les modes de rémunération au sein des structures territoriales d'imagerie doivent être identiques pour tous les radiologues qui y participent. ”

important de définir les modes de rémunération qui pourront être utilisés dans ces pôles territoriaux ; la rémunération à l'activité favorise un certain type de productivité quantitative plutôt que

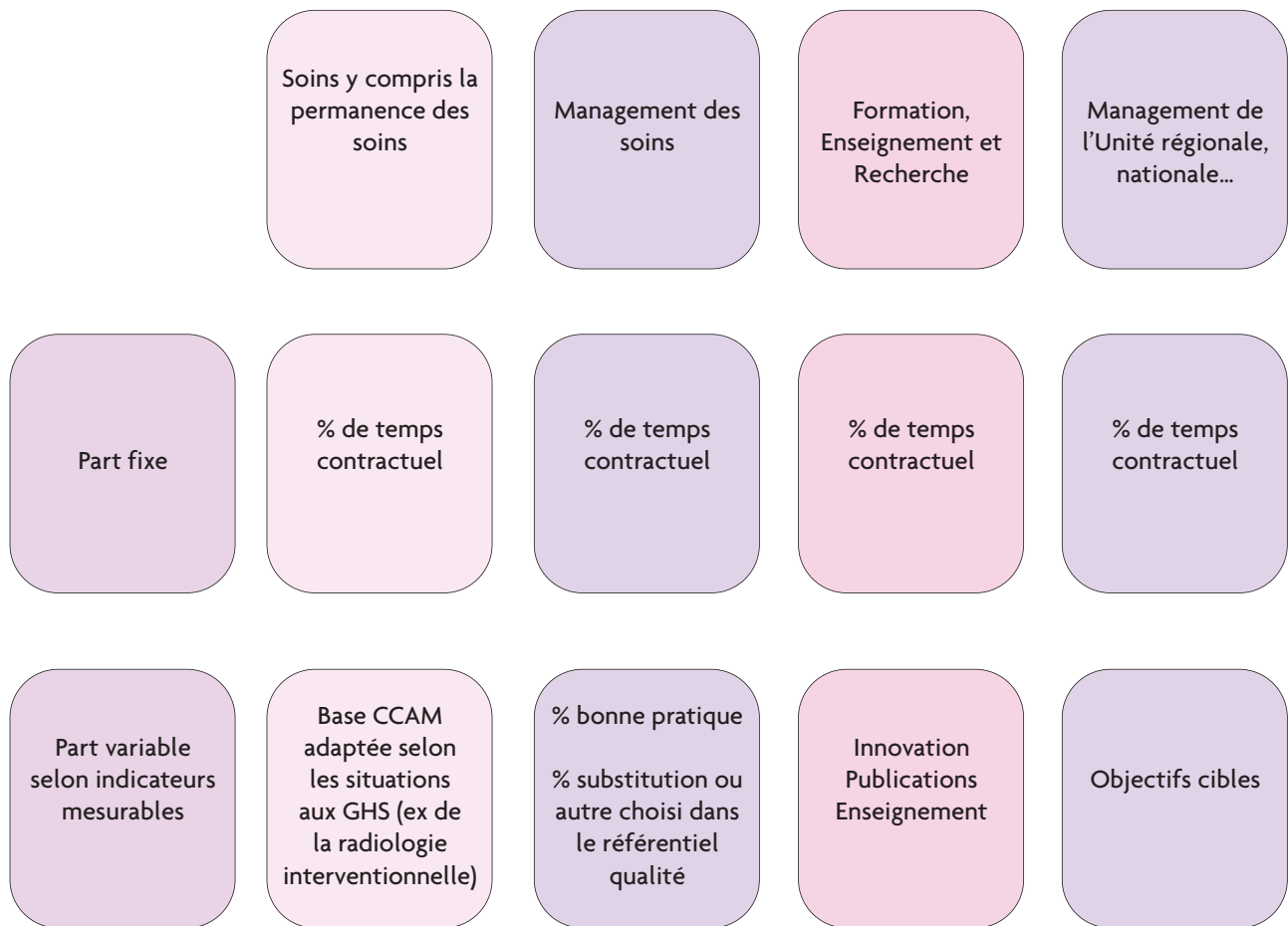
la prise en charge globale des patients ; inversement, les rémunérations forfaitaires fixes sont adaptés à des activités sur objectifs mais sont plus difficilement évaluables et réputées moins stimulantes; elles peuvent néanmoins faire l'objet d'une modulation en fonction d'indicateurs mesurables.. Combiner le mode de rémunération à l'acte avec une rémunération forfaitaire sur objectifs devrait fournir de la souplesse au fonctionnement de ces pôles, et



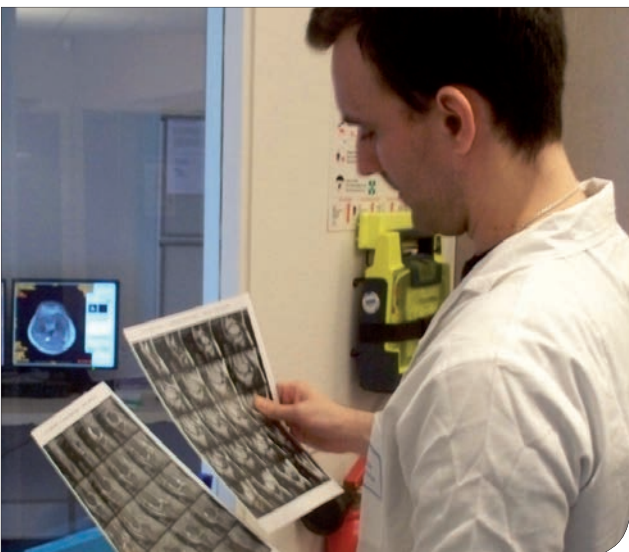
y attirer les radiologues : ces modes de rémunération mixtes sont soutenus par la FNMR et le SRH.

L'exercice dans le pôle territorial d'imagerie doit garantir la qualité de la prise en charge des patients et le respect des bonnes pratiques. Les structures territoriales de radiologie nécessitent de regrouper des radiologues aux compétences variées : surspécialités, imagerie interventionnelle, etc., et de les associer à la continuité des soins. Les modes de rémunération doivent favoriser l'épanouissement des compétences de chaque radiologue, lui permettre d'élargir son champ de compétence et d'évoluer tout au long de sa vie professionnelle, selon son âge, son statut et ses autres responsabilités civiles ou professionnelles, syndicales etc. : surspécialités – recherche – enseignement – expertise technique pour les agences et organismes administratifs (Inca...)

Rémunération mixte des radiologues



La diversité des contrats réalisables autour d'une rémunération mixte devrait offrir cette possibilité évolutive, par exemple en s'établissant pour une durée de cinq ans et modifiable par avenant chaque année après accord des parties.



La répartition entre la part fixe et la part variable pourrait être différente selon les radiologues d'un même pôle territorial d'imagerie ou d'un pôle à un autre. Les niveaux de rémunération devront être adaptés aux objectifs du projet médical et satisfaire ainsi aux besoins de santé qui peuvent être insuffisamment couverts : permanence des soins et gardes – radiologie interventionnelle – tel type de surspécialité.

La mise en place de ce type de contrat d'exercice nécessite une souplesse des règles de financement et probablement un GCS de droit privé dont la gouvernance devra être médicale et contractualisée avec le ou les établissements de santé et l'ARS. ■

Dr Pascal BEROUD,
Secrétaire général du SRH

Pr Vincent HAZEBROUCQ,
Administrateur du SRH

Pr Alain RAHMOUNI
Président du SRH



Le CERF¹ face au Projet Professionnel Commun : l'intégration de la dimension hospitalo-universitaire est une nécessité et un gage de succès !

Le concept de Projet Professionnel Commun est susceptible de redessiner le paysage radiologique français dans un certain nombre de territoires et de régions. Cette évolution majeure de l'organisation des soins pour être un succès devra être menée en intégrant l'enseignement, la recherche et l'innovation représentés par les centres hospitalo-universitaires.

En 2010, les syndicats professionnels de radiologues, avec l'appui de la SFR, ont publié un « Manifeste pour un projet professionnel de l'Imagerie ». Il s'agissait de proposer un Projet Professionnel Commun (PPC) à travers une organisation innovante des soins, tirant partie des expériences existantes de complémentarité entre structures, et s'appuyant sur un projet médicalisé, avec partage des équipements et mutualisation des compétences dans un maillage territorial. Les « Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale » (POSIM) visaient à assurer un fonctionnement harmonieux d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante et mutualisée, tout en assurant la radiologie de proximité. L'objectif initial du PPC a été de répondre aux réorganisations locales des soins rendues nécessaires afin de faire face de façon pertinente à l'attente des demandeurs et des patients,

dans un contexte de pénurie de radiologues de plus en plus prégnant. Ce projet a été bien reçu par les différentes instances ministérielles et parlementaires.

Toutefois, le PPC, nouvel outil de coopération entre composantes publiques et privées, souple et large, doit être compris dans toutes ses dimensions possibles, et non réservé aux seuls cas locaux à problème. Le concept doit donc évoluer et inclure tous les acteurs, quelle que soit l'échelle du territoire concerné. En particulier, les CHU, acteurs majeurs de chaque région, sont significativement concernés au titre de l'organisation des soins ; de plus, la dimension enseignement, recherche et innovation ne doit pas être absente des nouveaux schémas d'organisation des soins.

Dans le domaine des soins

Un constat préalable s'impose : de nombreux exemples de coopération public-public ou public-privé impliquant les CHU fonctionnent depuis plusieurs années avec succès : GCS de gestion d'équipements lourds (scanners et IRM), conventions de temps partagés de radiologues entre plusieurs hôpitaux, organisation multi-sites des activités de permanence des soins...

“ De nombreux exemples de coopération public-public ou public-privé impliquant les CHU fonctionnent depuis plusieurs années avec succès. ”

Les radiologues et les directions de grands établissements sont donc déjà expérimentés dans ce domaine de coopération ouverte à des partenariats extérieurs, et dans les nouvelles modalités de gouvernance qu'elles impliquent, notamment si elles relèvent du droit privé.



¹ Collège des Enseignants de Radiologie de France



Sur la base de ces expériences, les POSIM, dans leur constitution, devront préciser de façon générale les objectifs de la coopération, notamment dans la délégation de service public qui leur serait concédé, y compris la permanence des soins. La mise en commun des moyens et des ressources comme le partage des contraintes doit rester équitable entre les parties. Les bonnes pratiques doivent être respectées, les actes justifiés par la radiologie, et la pratique doit faire l'objet d'une évaluation régulière.

De façon plus spécifique, dans les grands centres et les CHU, l'organisation d'un POSIM doit prendre en compte les activités de recours et de référence nécessaires à la prise en charge des patients les plus lourds. Une enquête récente du groupe SFR management a confirmé la part prédominante qui reste dévolue aux centres hospitaliers dans ce domaine. Quatre grands types de soins peuvent permettre d'illustrer cette réflexion préalable à cette organisation de recours et référence : les urgences, le cancer, certaines activités de spécialités d'organes et celle de radiologie interventionnelle.

Les G4 régionaux, fédérant à l'échelon régional toutes les composantes de la spécialité, doivent être consultés sur la mise en place des POSIM, et leur rôle dans le maillage territorial. La téléradiologie, pour la permanence des soins comme pour l'activité réglée, doit être intégrée. Une telle réflexion, à l'initiative de la profession, est une condition du succès des SROS 4 et/ou des PRS qui seront prochainement lancés.

La démographie reste cependant un véritable enjeu, la pénurie annoncée des radiologues semble parfois si profonde que l'effectif restant à terme dans une région en

voie de désertification radiologique ne pourrait à lui seul assumer la charge de travail. Cela pose la question de la dimension efficace de ces formes nouvelles de pôles de coopération de territoire que sont les POSIM.

Dans le domaine de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation

Le rôle possible des POSIM dans l'enseignement de la spécialité doit se poser, comme pour toute structure de soins organisée en radiologie. La loi ouvre la possibilité de valider ces lieux d'exercice dans le cadre de l'enseignement pratique des DES. Il conviendra de voir si ceux-ci répondent au cahier des charges, incluant notamment les objectifs du stage, l'organisation locale en terme d'enseignement, le profil du maître de stage. Les démarches réglementaires d'habilitation sont régionales, avec confirmation par le coordonnateur interrégional.

La dimension recherche ne doit pas non plus être oubliée, notamment dans le domaine de la recherche clinique. L'accès, ou l'exploitation de techniques innovantes peut aussi relever de projet de coopération impliquant à des niveaux variables les secteurs publics et privés, éventuellement dans le cadre de POSIM. ■

Pr Michel CLAUDON,
*Président du CERF
(Collège des Enseignants
de Radiologie de France)*

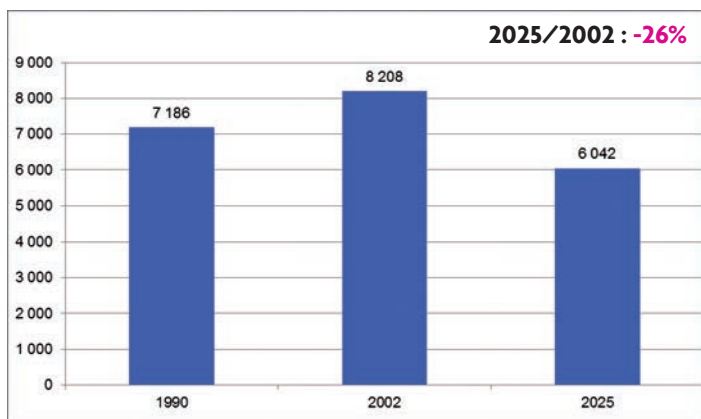
Pr Elisabeth DION,
*Secrétaire Générale du CERF
(Collège des Enseignants
de Radiologie de France)*



Comment avancer concrètement dans la mise en œuvre du projet professionnel commun ?

La FNMR s'est engagée, avec à ses côtés les autres composantes de la profession (SFR, SRH et CERF), dans l'élaboration du projet professionnel. Ce projet part d'un double constat simple :

- ❑ la diminution programmée des effectifs de radiologues, tant libéraux qu'hospitaliers. D'ici 2025, le nombre de radiologues sera passé de 7250 à 5400.



Projection nombre de radiologues à l'horizon 2025

- ❑ la circulation des patients, qui pratiquent indifféremment les structures hospitalières et libérales.

Dans ce contexte, il apparaissait évident de réfléchir à la conception d'un projet dans lequel l'ensemble des radiologues d'un territoire donné, indépendamment de leur statut, pourrait coopérer pour la prise en charge des patients. C'est ainsi qu'au terme de deux séminaires de travail et de la constitution de plusieurs groupes techniques sont nés les POSIM.

Qu'est qu'un POSIM ?

POSIM signifie Pôle d'Organisation Sectorielle de l'Imagerie Médicale. Chaque terme a un sens.

Le concept de pôle souligne l'autonomie du POSIM. C'est une structure indépendante, dotée de la personnalité morale. Ce n'est pas un appendice de l'hôpital ou d'un cabinet privé.



Organisation est là pour signifier la volonté de rationaliser l'offre d'imagerie. Le POSIM est donc porté par un projet stratégique.

Sectorielle : ce terme est utilisé à dessein pour distinguer le territoire du POSIM du « territoire de santé » administratif. Le POSIM répond à un besoin médical, ce n'est pas un regroupement décidé d'en haut sur une logique administrative.

Imagerie médicale : Ce regroupement volontaire de plusieurs entités radiologiques en un pôle commun, doit mutualiser la totalité ou une grande partie des activités d'imagerie.

“ Pôle d'Organisation Sectorielle de l'Imagerie Médicale. Chaque terme a un sens. ”

Le POSIM repose sur l'idée de complémentarité entre les secteurs d'exercice, afin de répondre à la demande croissante en imagerie médicale. Cette complémentarité doit se retrouver dans le fonctionnement harmonieux du POSIM et de ses instances.

Le POSIM peut regrouper des radiologues de statut différent. Il repose cependant sur l'idée que les différences de statut ne doivent pas peser de manière dirimante sur le

fonctionnement du pôle et que les modalités organisationnelles viseront – autant que la réglementation le permet – à rapprocher les rémunérations en fonction du travail fourni.

Le POSIM dispose (ou doit disposer à court terme) sur le territoire concerné d'un accès régulier et suffisant à l'ensemble des modalités d'imagerie, notamment d'imagerie en coupe, lui permettant d'appliquer les recommandations professionnelles. Lorsqu'il existe sur le territoire du POSIM des autorisations d'imagerie en coupe, celles-ci sont transférées à la structure juridique qui l'anime.

On peut aussi définir le POSIM a contrario par ce qu'il n'est pas. Ce n'est pas un outil destiné à organiser la simple permanence des soins et à considérer les radiologues libéraux comme des supplétifs de l'hôpital public. Ce n'est pas non plus un outil d'organisation de la téléradiologie, même si cette dernière peut faire partie intégrante du POSIM.

Pourquoi monter un POSIM ?

On trouve en fait trois situations qui justifient la mise en chantier d'une réflexion sur un POSIM.

La plus fréquente est celle d'un établissement public en difficulté, par manque de radiologues publics. Le POSIM peut alors être l'instrument d'une offre radiologique mieux coordonnée sur le territoire. C'est par exemple le cas au Cateau-Cambresis, où les radiologues libéraux se sont installés sur le plateau technique de l'hôpital public, et où ils sont payés à l'acte.

Mais on peut également trouver des situations dans lesquelles tant le public que le privé est en sous-effectifs.

Cette dernière situation risque hélas de devenir la plus fréquente compte tenu de l'évolution de la démographie médicale. Dans un tel contexte, le POSIM devient la seule solution de mutualiser des forces et de maintenir une offre au dessus du seuil critique.

Le troisième cas de figure est celui où l'offre est encore acceptable, tant en secteur libéral qu'à l'hôpital. C'est notamment le cas en périphérie de grandes villes. Le POSIM peut alors devenir un outil stratégique pour maintenir localement un haut niveau d'activité et éviter des fuites de patients vers d'autres zones. Il s'agit alors plus d'une mutualisation de compétences pour couvrir un large spectre d'activités.

Quelles contraintes et quels bénéfices pour un POSIM ?

Le POSIM doit donc répondre à un double objectif : d'une part améliorer de manière pérenne et significative l'offre d'imagerie sur un territoire, mais aussi apporter à ses participants de vrais bénéfices professionnels.

C'est un « deal gagnant-gagnant » qui est recherché dans le POSIM, pour éviter des deals perdants – perdants où l'imagerie s'effondrerait sur une zone, laissant une charge insupportable au(x) dernier(s) survivant(s) !

Les contraintes sont d'abord liées au fait de présenter une structure unique au patient, ce qui signifie une homogénéité tarifaire. Dans la mesure où plus de 94 % des radiologues exercent en secteur 1, cette contrainte est relativement mineure.

En revanche, l'effort de partage et de mise en commun des ressources est beaucoup plus complexe.

Comment monter un POSIM ?

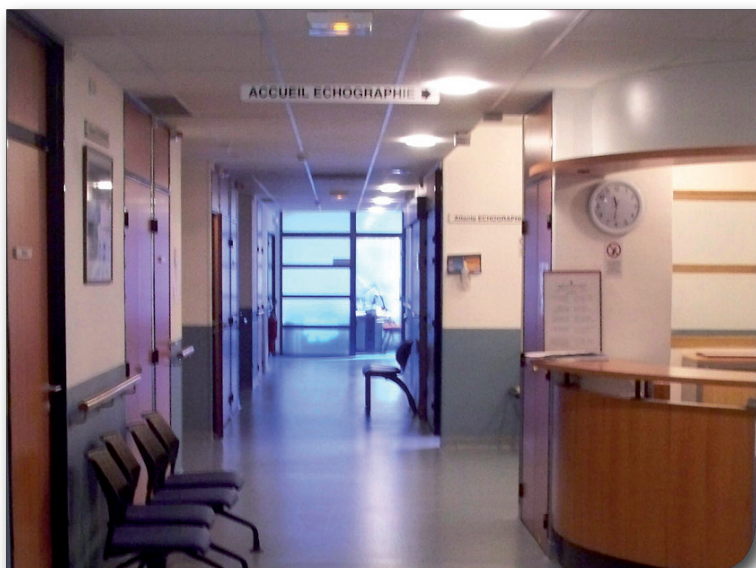
De nombreux radiologues questionnent la FNMR et mettent souvent la charrue avant les bœufs. La conception d'un POSIM doit suivre un processus cohérent, qui part de l'expression de besoin pour aller au montage administratif et non le contraire.

Un POSIM doit suivre selon nous quatre étapes :

- L'expression des besoins
- Le projet médical
- Le projet organisationnel et le système d'information
- Le choix de la structure juridique adaptée

L'expression des besoins

Cela paraît en soi évident, tant il s'agit de l'acte fondateur d'un projet mais l'expression des besoins est souvent délaissée ou considérée comme implicite.



On pense que les partenaires sont en règle générale d'accord sur le constat mais pas nécessairement sur les solutions. **La réalité est plus complexe, et il arrive fréquemment que les partenaires potentiels n'aient pas une vision réellement partagée du constat ni des besoins tout à fait alignés.**

Nous recommandons donc que les partenaires potentiels d'un POSIM formalisent, dans un document court et synthétique, cette analyse des besoins et la valident conjointement.

Ce travail est fondamental. Un projet qui part sur des bases non partagées est voué à l'échec.

Nous considérons que cette expression des besoins ne doit pas à ce stade comporter d'orientation sur le type de structure qui pourrait être retenue.

Nous suggérons également vivement de présenter ce document dans la CME des établissements concernés.

Le projet médical

Un projet médical commun est à la base de tout POSIM. ce projet médical définit les grands axes de l'organisation du POSIM (organisation des radiologues, positionnement des plateaux techniques, activités recherchées) et doit permettre si nécessaire de définir les besoins complémentaires notamment en imagerie en coupe.

Le projet est élaboré conjointement par les acteurs bien avant la mise en œuvre du POSIM. Les partenaires du POSIM incluant nécessairement au moins un établissement

hospitalier, le projet médical doit être présenté aux instances de ce dernier.

Les différentes étapes du projet médical doivent être partagées par l'ensemble des acteurs. Le projet médical est le constat de base qui justifie la mise en œuvre d'un POSIM. Il est réalisé à la demande des radiologues. Quand la démarche est engagée par un établissement public, il faut associer l'ensemble des radiologues et pas seulement la direction de l'établissement.

Il semble également opportun de soumettre ce projet médical de POSIM, une fois finalisé, à l'Agence Régionale de Santé préalablement aux étapes ultérieures. Cette démarche n'a rien de réglementaire en tant que telle, puisque le POSIM n'est pas une structure reconnue statutairement. Cependant, l'autorisation de l'ARS sera probablement nécessaire à un stade ultérieur (expérimentation, autorisation d'équipement, formalisation juridique) et il est donc intéressant de partager très en amont dès le stade du projet médical.

Les éléments ci-après sont destinés à recenser l'ensemble des points susceptibles d'être intégrés dans le cadre d'un projet médical de POSIM.

Le projet médical commence par un **état des lieux détaillé** de l'imagerie (**cf encadré 1**). Cet état des lieux

“Un projet médical est à la base de tout POSIM.”

Etat des lieux de l'imagerie sur le territoire concerné.

(NB : les éléments ci après sont donnés à titre indicatif).

ENCADRÉ N° 1

1) Nombre de radiologues concernés

- Nombre et compétence des radiologues concernés
- Statut(s) des radiologues concernés
- Objectifs personnels / contraintes organisationnelles ou interpersonnelles
- Secteur conventionnel d'activité (y compris secteur libéral des praticiens hospitaliers)
- Y a-t-il sur le territoire des radiologues qui ne souhaitent pas participer au POSIM

2) Nombre de manipulateurs concernés

- Nombre et compétence des manipulateurs concernés
- Statut(s) des manipulateurs concernés
- Existe-t-il chez les manipulateurs des freins prévisibles à la constitution d'un POSIM ? Si oui, lesquels ?

3) Nombre et nature des points de production d'imagerie.

- Analyse du plateau technique
- Activité d'imagerie conventionnelle / d'écho / de scanner et d'IRM par site / statut
- Effectifs de production / site
- Trous existant dans l'offre de soins
- Activités d'imagerie exercées par des non-radiologues

4) Conventions existantes

- Antériorité des conventions / relations
- PDS
- Partage de plateau technique
- Accès à des plateaux techniques extérieurs au territoire concerné (scan, IRM, ...)
- Convention éventuelle existante de téléimagerie



doit être réalisé avec soin. Il permettra notamment de définir les complémentarités et les redondances dans l'offre, et de voir dans quelles conditions les plateaux techniques pourront être mutualisés.

Le projet médical se poursuit ensuite par **l'analyse détaillée de l'offre de soins** hors imagerie sur le territoire. Il doit prendre en compte de nombreux paramètres tels que la structure de l'offre de soins en ville et à l'hôpital. Une analyse quantitative est nécessaire. Il faut ensuite s'interroger sur les activités stratégiques des offreurs des soins. Ceci nécessite de procéder à l'analyse des projets médicaux et des projets d'établissements des établissements de santé concernés.

Cette étape permet ensuite une **estimation des besoins en imagerie**, dans les différentes modalités, mais également par sur-spécialités. Quelles sont de manière

La PDS

ENCADRÉ N° 2

Le concept de POSIM est fondé sur la mutualisation. Ceci veut dire de manière très claire que l'effort doit être partagé par l'ensemble des radiologues. Si le POSIM ne doit en aucun cas se limiter à la gestion de la permanence des soins, ce sujet ne peut être évacué.

Un grand nombre des radiologues libéraux participent déjà à la permanence des soins, dans leurs établissements privés ou à l'hôpital public. Mais de nombreux radiologues n'y participent plus. Le POSIM doit par ailleurs envisager des modalités de rémunérations différentes de celles en vigueur.

raisonnable les ressources requises pour produire l'activité d'imagerie correspondant à l'offre de soins ?

Le projet médical doit décrire les besoins qui sont insuffisamment assurés et analyser les manques éventuels. Ce peut être des plages d'ouverture insuffisantes, le besoin d'une expertise ponctuelle, des effectifs insuffisants, etc.....

La question suivante à évoquer dans le projet médical est **la prise en compte de la demande** ? Est-il possible de réduire certaines parties – insuffisamment médicalisées – de la demande ? On pense bien évidemment aux examens demandés de manière systématique et peu – voire pas – exploités, mais aussi aux redondances à éviter par l'élaboration de protocoles d'accès direct à l'imagerie en coupe.

Enfin, le projet médical doit traiter le problème de la **permanence des soins**. Quelles solutions permettent de réduire la charge de la permanence des soins ? Sur un plan humain, le regroupement envisagé permet-il de résoudre de manière raisonnable le problème de la permanence des soins ? La logique de parité qui préside au POSIM permet également que les radiologues réfléchissent à des modalités plus attractives de rémunération de la PDS.

La réponse à ces questions permet ensuite d'envisager les **différents objectifs** du POSIM.

Quelle est l'organisation cible des plateaux techniques ? Sont-ils mutualisés ? Les radiologues peuvent-ils indifféremment travailler sur tous les plateaux techniques ? Ces plateaux techniques visent-ils à être transférés au POSIM ou mis à disposition de celui-ci ?

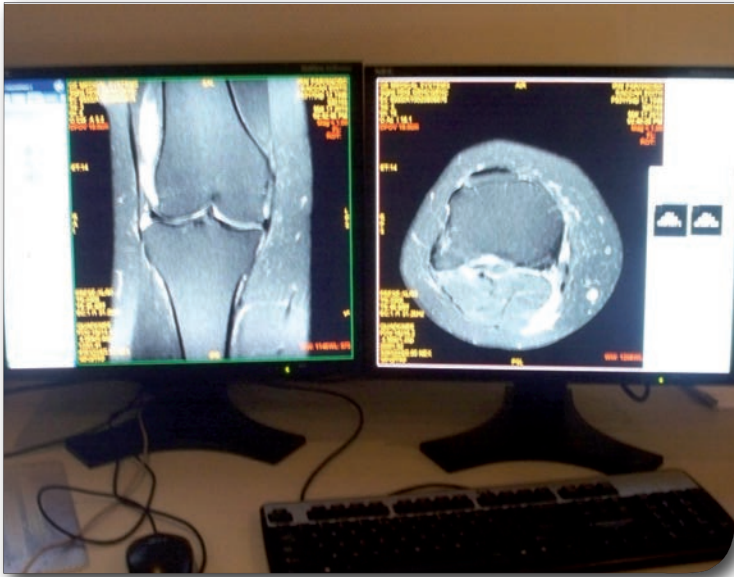
Quelles sont les règles envisagées d'affectation du personnel non médical ? Pense-t-on les rattacher au POSIM, aux différents plateaux techniques, ou simplement les mettre à disposition ?

Quelles sont les équipements nécessaires au fonctionnement du POSIM ? Faut-il envisager des demandes d'autorisations d'imagerie en coupe et selon quel calendrier prévisionnel ?

Faut-il développer, en fonction de l'analyse stratégique de l'offre de soins, des activités nouvelles d'imagerie ? Faut-il arrêter certaines activités ? Selon quel calendrier ? Quelles sont alors les compétences à attirer au sein du POSIM ou à trouver dans des partenariats (en téléimagerie par exemple ou sur des vacances spécifiques).

En conclusion, il faut s'interroger sur la **faisabilité du POSIM**. Ceci nécessite un travail rigoureux de relecture de tous les points précédents et de mise en cohérence.

Ce travail commence par une hiérarchisation des besoins.



La solution la plus simple pour hiérarchiser des besoins est de s'accorder une grille de lecture stratégique : un besoin peut être impératif, nécessaire ou souhaitable. Il peut également être immédiat, urgent ou à terme.

Les besoins sont ainsi d'abord qualifiés selon le premier principe d'importance, la répartition en trois catégories devant être relativement homogène. Puis selon le second principe d'urgence. Le croisement des deux donne la trame d'un plan d'action !

Il faut ensuite s'interroger de manière crédible sur l'activité prévisionnelle du POSIM, sur ses contraintes, et sur l'adéquation des effectifs médicaux aux objectifs envisagés. Enfin, il faut s'interroger sur la durée du montage prévu.

La forme juridique du POSIM

Ce n'est qu'après ce long travail qu'on doit s'interroger sur la forme juridique la plus appropriée. Le POSIM doit en effet disposer d'une **personnalité juridique**.

Le POSIM devra en effet selon toute probabilité être agréé par l'Agence Régionale de Santé (article 118 de la loi HPST : les ARS doivent réguler, orienter, et organiser, en concertation avec les professionnels de santé, l'offre des services de santé).

Il devra également signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en vertu de l'article 6 de la loi HSPT.

Peut-être même son organisation devra-t-elle être validée par la Haute Autorité de Santé. L'article 51 de la loi HPST prévoit en effet que les protocoles entre professionnels

de santé font l'objet d'une demande, par l'ARS, de validation auprès de la Haute Autorité.

Le POSIM doit donc s'élaborer dans un environnement juridique encore mouvant. Des propositions ont été faites aux pouvoirs publics pour trouver un cadre juridique adapté dans le cadre de la loi de révision d'HPST.

Un groupe de travail composé de juristes, de radiologues et de l'auteur a donc longuement réfléchi sur les « conditions juridiques de fonctionnement d'un POSIM ». Il n'existe pas de montage juridique tout prêt qui réponde aux contraintes d'un POSIM.

La première solution est naturellement celle d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), puisque cet outil juridique a été conçu à cet effet. Le groupement de coopération sanitaire peut être de droit public ou de droit privé. Nous considérons que le GCS de droit public est totalement inadapté au fonctionnement d'un POSIM.

Or, l'article 23 de la loi HPST, dans sa formulation la plus stricte, rend quasiment impossible le recours à des GCS de droit privé quand les seuls partenaires d'un établissement public sont des professionnels libéraux.

“ Il n'existe pas de montage juridique tout prêt qui réponde aux contraintes d'un POSIM. ”

De même, le GIE ne semble pas totalement adapté de manière systématique.

De fait, il semble que le POSIM doive s'orienter vers une combinaison de solutions juridiques.

Nous recommandons l'élaboration d'une « convention chapeau » de coopération, reprenant le cadre général du projet.

Sous cette convention peuvent intervenir différentes modalités juridiques, à définir au cas par cas avec des avocats spécialisés en fonction de ce qui est mis dans le POSIM.

Ex : des radiologues libéraux venant travailler (à l'acte) dans une structure publique peuvent bénéficier d'une convention de mise à disposition des équipements. En revanche, les équipements d'imagerie en coupe détenus par l'établissement ou par les libéraux peuvent être apportés à un GIE ou un GCS.

Une fois le choix d'un montage juridique effectué, il faudra le défendre auprès de l'ARS. La qualité du projet médical réalisé en amont, le caractère stratégique du POSIM sont autant d'atouts permettant aux promoteurs

de discuter avec l'ARS de choix différents du Groupement de Coopération Sanitaire qui demeure, dans l'esprit des tutelles, le Gold Standard.

Le POSIM doit ensuite se doter d'une **charte**. Cette charte doit définir les conditions d'accès des patients aux soins proposés par le POSIM et rappeler notamment de manière explicite :

- ❑ Le respect des tarifs conventionnels
- ❑ La liberté du patient de choisir son praticien
- ❑ L'équivalence de traitement en secteur public et en secteur privé.

La charte s'inspire de la charte du patient hospitalisé en vigueur dans les établissements hospitaliers et de la charte du patient élaborée par la FNMR. Les droits réglementaires du patient y figurent.

Nous recommandons vivement qu'une démarche qualité – extension au POSIM du volet « imagerie » de la certification de l'établissement **ou** labellisation professionnelle – soit entreprise par le POSIM.

Enfin, le POSIM doit se doter d'un **Schéma Directeur de son Système d'Information (SDSI)**. En effet, le POSIM va selon toute probabilité être constitué de différents sites, distants les uns des autres, et sur lesquels les radiologues vont exercer leur activité. Il est donc nécessaire de penser dès l'origine aux principes fonctionnels du POSIM.

En tant qu'entité, le POSIM doit être doté d'un système d'information conforme tant aux règles d'interopérabilité qu'aux principes de sécurité en vigueur. Dès l'origine, nous pensons qu'il faut concevoir le POSIM comme un **espace numérique sans film**, même si la mise en œuvre de solutions sans films peut s'étaler dans le temps.

“Le POSIM doit se doter d'un schéma directeur de son système d'information (SDSI).”

Réaliser un schéma directeur du système d'information permet d'évaluer les contraintes techniques, de budgéter correctement les mises à niveau et de planifier la mise en œuvre des solutions.

Ceci nécessite de faire préalablement :

- ❑ un état des lieux détaillé sur les fonctionnalités Dicom de l'ensemble des modalités
- ❑ une mise à niveau nécessaire de certaines modalités existantes,
- ❑ une analyse des possibilités d'interprétation sur des sites multiples par les radiologues participants.

Il est également nécessaire de définir avec les correspondants du POSIM les modalités de lecture des informations médicales qui leur seront transmises.

Comment faire un état des lieux des systèmes d'information ?

ENCADRÉ N° 3

L'état des lieux commence naturellement par le recensement des modalités disponibles et l'évaluation de leur fonctionnalité Dicom et de leur certification IHE. Une liste des mises à niveau nécessaires est alors réalisée (actions, coût prévisionnel, calendrier).

On va ensuite s'intéresser au RIS. Existe-t-il un ou plusieurs RIS ? Sont-ils conformes aux recommandations de sécurité et d'interopérabilité, supportent-ils le référentiel d'interopérabilité du DMP, sont-ils partageables ? S'il existe plusieurs RIS, faut-il choisir l'un des RIS existants ou partir sur une nouvelle solution unique ? Comment intégrer le RIS au Système d'Information de l'Hôpital et gérer proprement l'identité-vigilance ? Faut-il créer localement un Master Patient Index ?

Quel réseau va supporter les échanges au sein du POSIM. Comment est-il constitué ? Quel est son débit réel ? Quel est son niveau de sécurité ? Quelles sont les

conditions d'accès ? Combien supporte-t-il de points de connexion ? Quel est son coût prévisionnel ?

De combien de consoles de visualisation ou de traitement le POSIM dispose-t-il ? Sont-elles liées aux modalités ou indépendantes, quel est le temps d'attente des images ?

Existe-t-il un ou des PACS ? Quelles sont les règles d'archivage retenues ? Sont-elles homogènes entre les acteurs ? Quel est le dispositif sécuritaire retenu ? Est-il fonctionnellement compatible entre les différentes composantes du POSIM ? Faut-il envisager un PACS entièrement nouveau ?

En matériel de téléradiologie, qu'est ce qui existe à ce jour sur le territoire du POSIM ? Des contrats avec des prestataires sont-ils passés ? Si oui, dans quelles conditions et pour combien de temps ? Quels sont les points d'interprétation de la téléimagerie ?

Le POSIM doit disposer d'une **gestion administrative** (un « RIS ») commune, interopérable avec les structures de l'hôpital. Ceci peut nécessiter à un terme relativement rapide l'élaboration d'un Master Patient Index locorégional, permettant de réconcilier les identités patients en provenance des différentes sources d'information. Le recours aux règles d'interopérabilité est impératif.

Il est également nécessaire de disposer, sur site ou de manière externalisée, d'un ou plusieurs archivages des images du POSIM. Dans le cas où les images sont archivées sur les différents lieux de production dans des outils distincts, l'interopérabilité des différents PACS est impérative.

ENCADRÉ N° 4

Où trouver de l'aide pour monter un POSIM ?

Le montage réussi d'un POSIM est un projet lourd qui peut nécessiter une assistance.

Le premier lieu où trouver de l'aide est bien sur **la FNMR** et les autres structures professionnelles ayant participé au projet. Des guides méthodologiques sont en cours d'élaboration.

Nous recommandons également de se rapprocher des **Unions Régionales de Professionnels de Santé**, dont les missions couvrent principalement les points suivants :

Contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé et notamment au projet régional de santé (PRS)

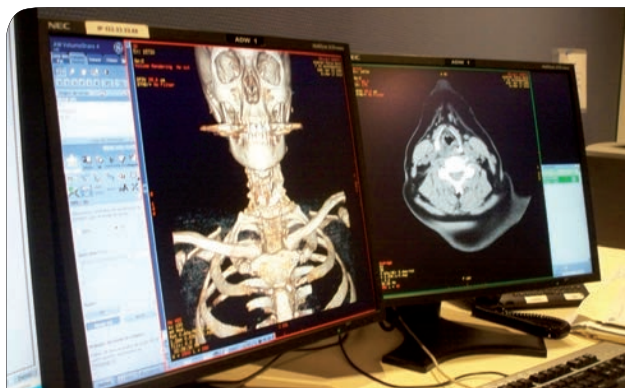
Participer à la mise en œuvre des CPOM des services de santé ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins
Assumer les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales

Assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux (PDS, Continuité des soins, nouveaux modes d'exercice, DPC).

Conclure des contrats avec l'ARS

L'assistance à maîtrise d'ouvrage peut être apportée par des **cabinets de consultants** spécialisés en imagerie.

Sur le plan juridique, une assistance par un **cabinet juridique spécialisé en droit de la santé** est absolument nécessaire. De même, l'aide d'un **expert-comptable** peut être un plus significatif.



Dans la perspective des futures plates-formes régionales, le POSIM doit permettre l'interconnexion avec ces dernières, de manière redondante, (architecture « Hub and Spoke »), avec un accès facilité des correspondants hospitaliers (hôpital ou clinique).

Le POSIM doit être en mesure de transmettre, dans les conditions définies par la profession, des données au DMP. Le POSIM doit disposer d'une plate-forme de télé-imagerie « interne » (capacité d'interpréter une image depuis n'importe quel poste de travail) et « externe », notamment pour de la télé-expertise.

Conclusion

Au bout de cette longue marche, le POSIM prend forme. Il est nécessaire de comprendre qu'aucune de ces étapes n'est superflue. Le POSIM n'est pas un gadget mais une réponse stratégique à des difficultés locales.

Or cette réponse est à conduire dans des environnements juridiques, politiques et financiers changeants. Un proverbe suisse dit que « *l'homme serein marche lentement* ». Il est donc nécessaire de se « hâter lentement » et de prendre le temps de la réflexion tout en avançant. Chacune des étapes décrites est une étape de « go/no go », dans laquelle le projet peut être réorienté. C'est aussi une fondation pour l'étape suivante.

Plusieurs projets ont déjà abouti et fonctionnent harmonieusement. D'autres ont capoté, faute de réelle convergence d'intérêts. Tous les acteurs engagés dans de telles démarches ont convergé sur deux clés de réussite :

- ❑ le temps accordé à la préparation et au montage d'un POSIM
- ❑ l'intérêt mutuel réel des partenaires potentiels. ■

Aïssa KHELIFA,
Consultant FNMR



Consultation pour la sélection de prestataires en vue de l'intégration du référentiel métier de l'ADPIM conjointement à la DMP compatibilité dans les systèmes d'information des radiologues.

Présentation de l'ADPIM

L'association ADPIM est née de la volonté conjointe de la **SFR**, du **SRH**, du **CERF** et de la **FNMR** d'insérer l'imagerie médicale au sein du Dossier Médical Personnel (DMP).

Sa mission consiste notamment à contribuer à la définition des modalités d'échange et de partage des résultats des examens d'imagerie médicale entre les acteurs, notamment au travers du DMP.

Présentation du projet

Le projet porté par l'ADPIM vise à définir les caractéristiques du compte rendu d'imagerie médicale qui doit être publié dans le DMP et de veiller à son intégration, transparente et ergonomique, dans le processus normal des sites d'imagerie, dans les outils du radiologue, et ce tant dans un contexte libéral que dans celui des établissements de soins.

L'ADPIM envisage d'accompagner les prestataires éditeurs de systèmes d'information radiologique (ci-après les « prestataires ») afin :

- de faciliter et d'encourager l'intégration des spécifications requises pour échanger avec le DMP (DMP Compatibilité) et les besoins de la profession (cahier des charges fonctionnels ADPIM),
- de déployer une première vague de sites de radiologie pilotes avec les systèmes d'information homologués par l'ASIP Santé (DMP compatibles) et conformes au cahier des charges fonctionnel proposé par l'ADPIM,
- de réaliser une première évaluation des usages des radiologues liés à l'échange d'informations radiologiques avec le DMP.

Les référentiels requis, correspondant aux spécifications requises pour échanger avec le DMP et aux besoins de la profession sont respectivement disponibles sur les sites internet suivants :

- Site de l'ASIP Santé (Dossier de spécifications fonctionnelles et techniques des interfaces LPS DMPI (V1.0.1)) - <http://esante.gouv.fr/>
- Site de l'ADPIM (Cahier des charges fonctionnel de l'ADPIM) (V1.0) – <http://adpim.org/> (disponible à partir du 15 janvier 2011)

Critères de sélection des prestataires

Tout prestataire éligible à la consultation devra justifier :

- D'une couverture nationale suffisante afin de répondre aux attentes des sites pilotes identifiés par l'ADPIM

courant 2010 (la couverture nationale sera attestée par une liste d'au moins 100 sites de radiologie installés dans 3 régions différentes ou d'au moins 10 établissements hospitaliers publics),

- De son engagement dans le processus de la DMP-compatibilité (processus en cours) pour au moins un de ses systèmes d'information radiologique,
- D'une maîtrise technique des référentiels de la profession (IHE, Dicom, HL 7,...), justifiée notamment par la participation à un Connectathonet / ou l'adhésion à une association professionnelle dédiée à l'interopérabilité.

Nature de l'engagement contractuel

A l'issue du processus de sélection, un contrat identique sera proposé et signé avec l'ensemble des prestataires retenus.

Ce contrat précisera les engagements respectifs et notamment le montant et le calendrier des règlements par l'ADPIM.

Son montant sera défini à l'issue de la présente procédure.

Dépôt des candidatures

Les candidatures sont à adresser en recommandé avec AR ou à déposer au plus tard le 18 février 2011 à 17 heures, au siège de l'ADPIM, 20 avenue Rapp, 75007 PARIS.

Les dossiers de candidature doivent comprendre :

- Un document de présentation de la société, comprenant les éléments relatifs aux critères de sélection ci-dessus ;
- Un justificatif attestant de la participation effective au processus de DMP-compatibilité ou à défaut une déclaration d'intention d'y participer ;
- Une lettre de candidature, présentée suivant le modèle DC1 du Code des Marchés Publics, dûment complétée, datée et signée par la personne habilitée à engager la société ;
- Une déclaration du candidat, présentée suivant les modèles DC2 et NOT11 du Code des Marchés Publics dûment complétée, datée et signée par la personne habilitée à engager la société et les pièces qui y sont demandées en fonction de la situation du candidat, dont les certificats sociaux et fiscaux ;
- Une déclaration sur l'honneur attestant que le candidat a satisfait à ses obligations fiscales et sociales. ■



Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2011 mais censure 19 articles

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a été définitivement adoptée après la décision du 16 décembre du Conseil constitutionnel. Elle a été publiée au Journal Officiel du 21 décembre 2010. L'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 167,1 milliards d'euros, soit une hausse de 2,9 % par rapport à 2010 (voir le n°331 de la Lettre du Médecin Radiologue pour plus de précisions).

Le Conseil constitutionnel avait été saisi par l'opposition sur deux motifs :

- ❑ d'une part sur l'équilibre financier de la sécurité sociale en raison du transfert à la CADES d'une nouvelle dette,
- ❑ d'autre part sur l'article 14 relatif à l'exonération des charges sociales pour les rémunérations d'aide à domicile des personnes dépendantes qui constituait une discrimination à l'égard des personnes dépendantes vivant en établissement.

Le Conseil a vérifié que la LFSS prévoit l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale et que ces ressources sont suffisantes pour que l'échéance de 2025 ne soit pas dépassée. Il a donc rejeté le premier motif de l'opposition. Pour le second motif, le Conseil a considéré que l'article 14 vise à favoriser le maintien chez elles de personnes dépendantes et utilise à cet effet un critère

d'exonération en rapport direct avec son objet. Ces dispositions ne sont donc pas contraires au principe d'égalité. Le Conseil a donc aussi rejeté le second motif.

Le Conseil a aussi opéré son contrôle constant quant à la présence d'articles qui ne trouveraient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Il a ainsi censuré 19 articles considérés comme des « cavaliers ».

Sont ainsi déclarées contraires à la Constitution les dispositions suivantes dans la mesure où elles n'ont pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires et ne trouvent donc pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale :

- ❑ l'article 51 fixait la date d'entrée en vigueur de l'obligation, pour les caisses d'assurance maladie, de fournir des informations sur les tarifs d'honoraires,

- ❑ les articles 56 à 58 qui précisaient que le schéma régional d'organisation des soins doit favoriser le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation et organiser celui des activités de dialyse à domicile et enfin comptabiliser les licences d'officines pharmaceutiques,
- ❑ l'article 67 autorisait les maisons de naissance,
- ❑ l'article 71 instituait une obligation pour l'assurance maladie de publier annuellement des données comparatives sur l'évaluation de la pertinence des soins par région,
- ❑ l'article 105 autorisait des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer, l'article 106 aménageait le partage du congé d'adoption entre la mère et le père, l'article 107 restreignait au bénéfice du département le montant des allocations familiales que peut percevoir une famille lorsque son enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance,
- ❑ l'article 111 instituait une obligation d'information annuelle des assurés du régime social des indépendants sur les versements complémentaires de cotisation,

“ Sont déclarées contraires à la Constitution les dispositions qui n'ont pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires. ”



- ❑ l'article 113 renforçait le rôle de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale en matière de formation professionnelle au sein des branches de la sécurité sociale.

Le Conseil a également invalidé des dispositions qui ne concourraient pas à l'amélioration de l'information et au contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et ne trouvaient donc pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale :

- ❑ l'article 69 qui prévoyait que le rapport au Parlement sur le bilan des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation des établissements de santé devait préciser les montants d'aide attribués à ces établissements,
- ❑ l'article 83 qui prévoyait la remise au Parlement d'un rapport sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale.

Enfin, le Conseil a invalidé des dispositions que ne peuvent être prises que dans le cadre d'une loi organique :

- ❑ le paragraphe V de l'article 13 qui prévoyait un bilan financier comparatif, par branche, relatif aux mesures d'allègement de cotisations sociales,
- ❑ les articles 73 à 76 avaient pour objectif de préciser le contenu du programme de qualité et d'efficience pour la branche maladie,
- ❑ l'article 86 qui disposait que le montant de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation d'établissements de santé devait être fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale. ■

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR



Hommages

Dr Jean-François PHILIPPE

Nous venons d'apprendre le décès le 9 décembre 2010 du **Docteur Jean-François PHILIPPE** à l'âge de 58 ans. Il était médecin radiologue à VERSAILLES (78).

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

Dr Monique ZERBIB-LARDÉ

Nous apprenons avec tristesse le décès de notre collègue le **Docteur Monique ZERBIB-LARDÉ** survenu le 19 novembre 2010 à l'âge de 57 ans des suites d'une longue maladie. Elle était médecin radiologue à Paris dans le 19^{ème}.

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



Protocole d'accord sur l'imagerie médicale en France entre l'UNCAM et la FNMR

Depuis plusieurs années, l'imagerie médicale est l'objet de mesures « d'économies » de la part des tutelles de l'ordre de 100 à 150 millions chaque année. Les pouvoirs publics ont manifesté clairement leur volonté que l'imagerie médicale continue à être mise à contribution dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Récemment encore, l'UNCAM a pris des décisions unilatérales prenant effet dès 2010 ou portant sur 2011 :

- ❑ Suppression de l'archivage
- ❑ Suppression du supplément de numérisation (décision non parue au JO à ce jour) ⁽¹⁾
- ❑ Réduction du 2^{ème} forfait technique (décision non parue au JO à ce jour) ⁽¹⁾

De son côté, la FNMR n'a eu de cesse d'expliquer aux tutelles que ces ponctions annuelles répétées déséquilibrent les cabinets d'imagerie et provoquent la fermeture ou le regroupement d'un certain nombre d'entre eux. Le résultat en est une disparition progressive du maillage territorial.

Le protocole signé permet de trouver un compromis entre la demande d'économies permanentes des tutelles et la nécessité de mettre un frein à cette ponction sans fin sur l'imagerie. Il assure une visibilité sur deux ans aux cabinets d'imagerie, indispensable pour assurer le maintien des investissements nécessaires.

Le protocole prévoit des mesures positives participant au développement d'une imagerie médicale de qualité :

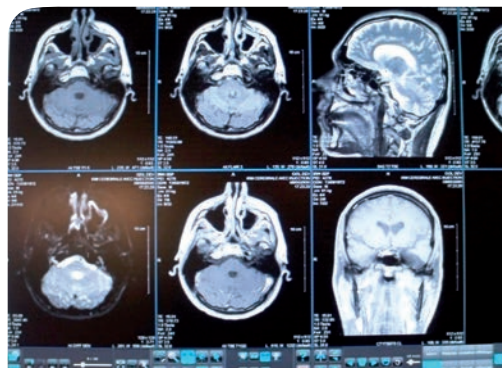


Le protocole intègre des mesures d'économies reposant sur des critères médicalisés :

Ce protocole est signé pour 2 ans.

Enfin, le protocole prévoit que des réflexions soient conduites pour assurer le développement de l'imagerie en coupe. Elles porteront aussi bien sur la nomenclature des actes qui est aujourd'hui obsolète que sur la classification des équipements avec l'introduction recommandée par la HAS des IRM à visée ostéo-articulaires hors oncologie. ■

⁽¹⁾ Cette décision a, depuis, fait l'objet d'une publication au Journal Officiel. Voir l'article « Décision UNCAM » dans ce même numéro.





Les dépenses de l'assurance maladie : Octobre 2010

Le ralentissement des dépenses de l'assurance maladie se confirme au mois d'octobre 2010 avec un taux de 2,9% contre 3,3% en septembre.

Si tous les grands agrégats sont dans la tendance, le ralentissement est plus marqué pour les soins de ville avec 3,5% contre 4,2% le mois précédent soit une baisse de 0,7 point. Les autres agrégats suivent le mouvement mais avec un moindre écart.

Dans l'agrégat des soins de ville (3,5), l'évolution des consultations est en net recul avec -1,3%. Pour les actes techniques (y compris les actes en K, Z, Zn, PRA, Kc...), la modération est plus limitée à 3,2%. La progression des forfaits techniques est similaire à celle de l'ensemble des dépenses. En revanche, elle est beaucoup plus nette avec -1 point pour les forfaits de scanner.

Dépenses de l'assurance maladie - Octobre 2010 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Milliers d'euros	%
Consultations	4 606 503	-1,3
Visites	658 363	-4,7
Actes Techniques (*)	4 802 879	3,2
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	585 246	10,4
Dont scanner	275 214	7,3
Dont IRM	277 765	13,2
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	13 563 787	1,1
Total prescriptions	36 066 843	4,4
Total soins de ville	49 974 091	3,5
Total Objectif de dépenses méd chir obst (ODMCO)	24 216 161	2,1
Total dotations annuelles de financement des MIGAC	5 085 870	2,1
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	39 960 078	1,5%
Total ODMCO et autres versements du secteur privé	6 523 437	2,6
Total versements aux établissements sanitaires privés	8 310 128	3,0
Total versements aux établissements médico-sociaux	11 234 514	7,9
Total statistique mensuelle des dépenses	106 795 337	2,9

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

Décision UNCAM du 16 novembre 2010

Numérisation, 2^{ème} Forfait technique, Recommandation HAS

Lors de la commission de hiérarchisation des actes professionnel (CHAP) du mois d'octobre 2010, l'UNCAM avait informé de la suppression du supplément de numérisation et avait fait passer, unilatéralement et contre l'avis des représentants syndicaux, plusieurs décisions relatives à l'imagerie médicale.

Ces décisions concernaient :

- La baisse de tarif du 2^{ème} forfait technique.
- Les indications relatives aux actes de radiographie du thorax et de l'abdomen.

Ces décisions de l'UNCAM ont été publiées au Journal Officiel du 26 décembre 2010 et sont applicables à compter du trentième jour suivant la date de publication soit le 25 janvier 2011.

YYYY030 - Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées.

Ce code est supprimé au regard des actes auxquels il s'appliquait.

Il n'est donc plus possible de coter le supplément de numérisation

Scanner

Dans le cas de deux examens de scanner :

- Membre et tête
- Membres et thorax
- Membres et abdomen
- Tête et abdomen
- Thorax et abdomen complet
- Tête et thorax
- Abdomen et Pelvis

Le second forfait technique est facturé avec une minoration de 50 % de son tarif initial.

ZBQK002 - Radiographie de l'appareil respiratoire (thorax et pulmonaire).

A l'exclusion de la radiographie du squelette du thorax.

La radiographie du thorax ne peut plus être facturée pour :

- infections des voies aériennes hautes,
- hypertension artérielle,
- suivi périodique de l'insuffisance cardiaque congestive chronique et des cardiomyopathies,

- en préopératoire de chirurgie non cardiothoracique chez les adultes de moins de 60 ans sans pathologie cardio-pulmonaire ou avec pathologie cardio-pulmonaire stable.

Indications : selon le rapport d'évaluation technologique « Principales indications et "non-indications" de la radiographie du thorax », HAS, février 2009.

HAS, « Avis sur l'acte de radiographie du thorax », février 2009.

Les règles de tarification de la radiographie du thorax ne permettent plus de tarifier cet acte dans le cas des indications mentionnées sous le libellé.

ZCQK002 – Radiographie de l'abdomen et tube digestif.

La radiographie de l'abdomen sans préparation ne peut pas être facturée, notamment chez l'adulte, pour :

- douleur abdominale ;
- syndrome occlusif ;
- saignement gastro-intestinal aigu, hématomèse, mélaena ;
- pathologie vésiculaire, biliaire et pancréatique.

Indications : selon le rapport d'évaluation technologique « Principales indications et "non-indications" de la radiographie de l'abdomen sans préparation »

HAS, janvier 2009.

HAS, « Avis sur l'acte de radiographie de l'abdomen sans préparation », janvier 2009.

Les règles de tarification de la radiographie de l'abdomen ne permettent plus de tarifier cet acte dans le cas des indications mentionnées sous le libellé. ■

Journal Officiel de la République Française 26 décembre 2010



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
Décision du 16 novembre 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie
 NOR : ETSUI0202805

Décide :
 De modifier les livres II et III de la liste des actes et prestations adoptée par la décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

Art. 1er. – Le livre II est ainsi modifié :

A. – SUPPRESSION DE L'ACTE SUIVANT

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
YYYY030 [Y, Z]	19.02.07. Radiologie Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées. Facturation : ne peut pas être facturé avec : – technique de numérisation secondaire des images ; – radiographie intrabuccale ; – radiographie thoracique effectuée en fluorographie numérique ; – radiographie des extrémités osseuses effectuée en fluorographie numérique ; – mammographie en dehors du suivi de prothèse ; – radiographie vasculaire. Facturation : une seule fois par 24 heures et par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés.	1	0

Ce code est supprimé au regard des actes auxquels il s'appliquait.

B. – MODIFICATIONS DE NOTES DES ACTES SUIVANTS

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
ZBQK002 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	06.01.03. Radiographie de l'appareil respiratoire Radiographie du thorax. Radiographie pulmonaire. A l'exclusion de : radiographie du squelette du thorax (LJQK001). Indications : selon le rapport d'évaluation technologique « Principales indications et "non-indications" de la radiographie du thorax », HAS, février 2009. Facturation : la radiographie du thorax ne peut pas être facturée dans les situations de « non-indication », notamment : infections des voies aériennes hautes ; hypertension artérielle ; suivi périodique de l'insuffisance cardiaque congestive chronique et des cardiomyopathies ; en préopératoire de chirurgie non cardiotoracique chez les adultes de moins de 60 ans sans pathologie cardiopulmonaire ou avec pathologie cardio-pulmonaire stable. HAS, « Avis sur l'acte de radiographie du thorax », février 2009. (ZZLP025).	1	0
ZCQK002 [B, E, F, P, S, U, Z]	07.01.04.02. Radiographie de l'abdomen et du tube digestif Radiographie de l'abdomen sans préparation. Indications : selon le rapport d'évaluation technologique « Principales indications et "non-indications" de la radiographie de l'abdomen sans préparation » HAS, janvier 2009. Facturation : la radiographie de l'abdomen sans préparation ne peut pas être facturée dans les situations de « non-indication », notamment chez l'adulte : douleur abdominale ; syndrome occlusif ; saignement gastro-intestinal aigu, hématomérose, mélaena ; pathologie vésiculaire, biliaire et pancréatique. HAS, « Avis sur l'acte de radiographie de l'abdomen sans préparation », janvier 2009.	1	0

Art. 2. – Le livre III est ainsi modifié :

A l'article III-3 au 2. Dérogations, paragraphe e, remplacer chaque phrase : « Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 10 % de son tarif.

» par : « Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 50 % de son tarif. ».

A l'annexe 2. – Règles d'association (art. III-3 B du livre III), au 2. Dérogations, paragraphe e, remplacer chaque phrase : « Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le

second avec une minoration de 10 % de son tarif. » par la phrase : « Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 50 % de son tarif. »

Art. 3. – La présente décision prend effet à compter du trentième jour suivant la date de sa publication au Journal officiel.

Fait à Paris, le 16 novembre 2010.



Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRES DESTINÉS
aux RADIOLOGUES
et aux PERSONNELS
DES SERVICES D'IMAGERIE**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

Sous l'égide de la FNMR avec la collaboration de GUERBET

LANCER ET REUSSIR SON LABEL QUALITE EN IMAGERIE PARIS : 11-12 MARS 2011

Madame Monsieur Docteur

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Adresse : _____

N° SIRET : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Désire participer au séminaire du : **11-12 MARS 2011 à Paris**

LE PRIX DE REVIENT DE CETTE FORMATION EST DE 680 € PAR PERSONNE POUR LES DEUX JOURS.

Modalités d'inscription par participant et par session : **POUR LE PERSONNEL :**

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL :

Joindre un chèque de 300 € ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque sera retourné après participation à la formation.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 680 €, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat.

Modalités d'inscription par participant et par session : **POUR LE RADIOLOGUE :**

Joindre le chèque correspondant pour règlement de votre inscription dans ce séminaire. Une facture vous sera adressée après formation.

Adhérent FNMR : 590,00 €uros

Non adhérent : 680,00 €uros

N.B. 1 : En cas de désistement et en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 € sera retenu par FORCOMED.

N.B. 2 : Les frais de transport et d'hôtellerie (hors déjeuners) sont en sus à votre charge.

Fait le :

Signature :

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRES DESTINÉS
aux MÉDECINS RADIOLOGUES
et GYNÉCOLOGUES**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)
Organisé par FORCOMED sous l'égide de la SFR

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE DE DEPISTAGE DU 1^{ER} TRIMESTRE

PARIS : 20-21 MAI 2011

Nom : _____ Prénom : _____

Radiologue Gynécologue

Merci de cocher la case correspondant à votre mode d'exercice :

- Médecin spécialiste libéral conventionné en exercice
 Médecin spécialiste libéral remplaçant (4 places maximum)

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____
(renseignement obligatoire)

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Désire participer au séminaire à la date du : **20-21 MAI 2011**

Fait le :

Signature :

MODALITÉS D'INSCRIPTION :

Vous êtes médecin spécialiste libéral conventionné en exercice : joindre une feuille de soins personnelle Cerfa annulée et un chèque de caution de 300 € pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque vous sera retourné après participation au séminaire. En cas de désistement, il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant la date de formation.

Vous êtes médecin spécialiste remplaçant : (limité à 4 places par session) joindre un document datant de moins d'1 an attestant que vous êtes en règle avec l'instance ordinale, un justificatif de remplacement de 30 jours, une attestation sur l'honneur d'exercice libéral à titre principal et un chèque de caution de 300 € pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque vous sera retourné après participation au séminaire. En cas de désistement, il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant la date de formation.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9800 09 PAMIER, groupe 3 radiols, cède part : Radio, Scan, IRM. Nombre de vacations de SCANNER et IRM. Possibilité de développer des vacations d'interventionnel.

› Tél. : 06.82.16.23.56 ou

Email : annettevergne@gmail.com

9801 13 SAINT REMY DE PROVENCE, cause départ retraite ch associé(e). Plateau complet et récent. Accès scan et IRM. 4 praticiens tps plein. 4 jours /semaine.

› Tél : 06.13.02.38.03.

Email : radiologiechateaufort@wanadoo.fr

9802 14 Proche littoral, cab privé ch 3^{ème} associé. Plateau tech complet et récent, accès TDM et IRM. Ni garde ni astreinte.

› Email : radio14@live.fr

9803 22 SAINT BRIEUC, SELARL (3 radiols) ch associé(e). 2 sites (cab de ville + clin). Importante activité, plateau technique complet.

› Tél : 02.96.33.73.00.

9804 Région Centre, SELARL ch 5^{ème} associé ou collaborateur. Activité radio conv, importante activité séno (diagnostique et interventionnelle), très importante activité scan et IRM. Absence de garde.

› Contact : 06.07.24.48.30.

Email : radiologie.dunoise@wanadoo.fr

9805 33 BORDEAUX Sud, ch 3^{ème} associé. Plateau complet : 2 mammo num dont capteur-plan, écho, conventionnel, ostéo, vacations IRM et vacations scan. Pas de garde.

› Tél : 05.56.78.89.29 ou 06.10.07.39.30.

Email : echoradiocestas@wanadoo.fr

9806 41 Sologne, cab radio, 2 radiols, mammo, écho, scan, IRM et interventionnel ch successeurs.

› Tél : 06.81.41.91.96.

9807 56 Morbihan, 20 mn de Vannes, cab de ville sur 1 seul site ch 3^{ème} associé. Plateau technique récent et performant, radio num, mammo num, écho, doppler, accès TDM, IRM. Ni garde ni astreinte.

› Tél : 06.64.15.20.28 ou 06.68.94.15.18.

Email : cim56broceliande@orange.fr

9808 73 CHAMBERY, SELARL (5 associés) ch nouvel associé. TDM, IRM, clin et cabs de ville.

› Email : jmb.clinchalles@yahoo.fr ou eric.teil@dimsavoie.fr

9809 83 TOULON, groupe de 19 radiols, plusieurs cabs, large accès scan et IRM dans plusieurs clin, mammotome ch associé dynamique, remplacement préalable.

› Tél : 06.15.20.34.62 ou 06.64.62.29.96.

9810 86 Cab privé ch associé, accès TDM et IRM, matériel récent. Activité importante sans garde ou astreinte.

› Tél : 06.07.65.84.51.

9811 Nord de Paris, grande couronne, groupe de 7 radiols dans structure pérenne (2 IRM, 2 TDM, radio et écho gen, vasculaire interventionnel, séno avec 2 mammographes num et mammotome, PACS) ch 2 jeunes associés dont 1 à orientation sénologique pour successions et développement. Mots clés : dynamisme et qualité médicale.

› Tél : 06.86.75.97.65 pour RV.

REPLACEMENTS

Demandes

9812 Radiologue expérimenté ch remplacements ffl collaboration. Séno

(± ostéoarticulaire) / diagnostique et interventionnel. Départements 33, 40, 64 et 75.

› Email : patounice@gmail.com

9813 Radiol ch remplacements séno, ostéoartic, TDM et IRM.

› Email : multiter@gmail.com

9814 Radiol ch remplacements radio, écho, mammo. France ou DOM TOM.

› Tél : 06.13.24.87.37.

DIVERS

9815 75 PARIS 8^{ème}, cab radio vend : 1 pano KODAK 9000 (mars 2010) = 34 000 €. 1 Cone Beam KODAK 9500 (mars 2010) = 110 000 €. Disponibles Mars 2011.

› Tél : 01.44.70.78.00.

Email : cabinet.hl@orange.fr

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

Médecin Radiologue

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY
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
62, bd de Latour - Maubourg 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
Responsables de la Régie Publicitaire :
Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2011

POCHETTES POUR RADIOGRAPHIES INTERCALAIRES

SACHETS PLASTIQUE TRANSPARENT
SACS PLASTIQUE TEINTÉ

LIVRAISON SOUS 10 JOURS
avec impression personnalisée

LIVRAISON IMMEDIATE
avec inscriptions radio-standard gratuites

POCHETTE MÉDICALE de FRANCE

PMFR - Gènebault

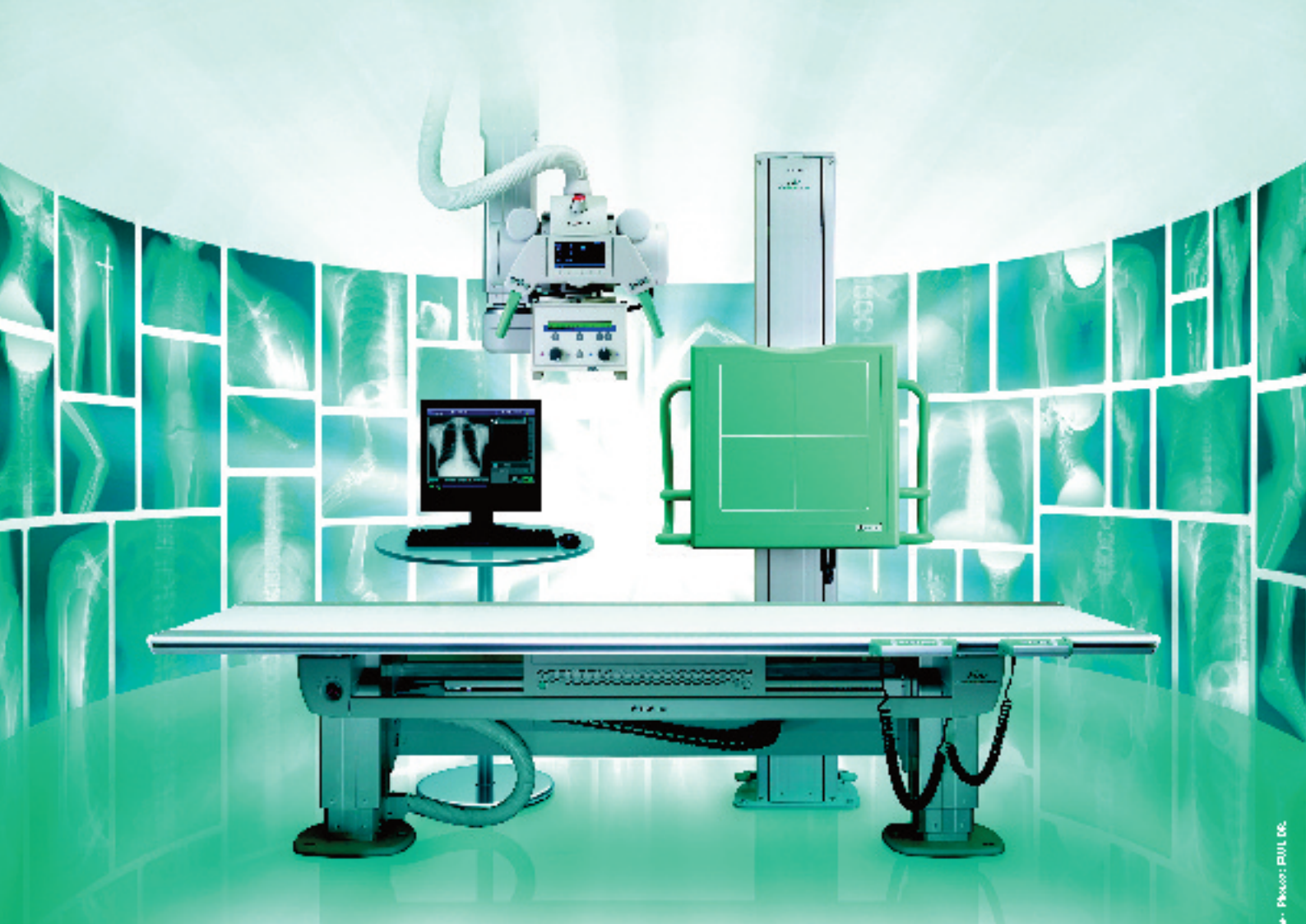
BP 13 - 42153 RIORGES

Téléphone : 04.77.72.21.24 Fax : 04.77.70.55.39



FDR

AcSeIerate



LE MEILLEUR DE L'IMAGERIE NUMÉRIQUE

- Salle numérique bi-capteurs 43 x 43 cm
- Capteur plan à conversion directe a-Se
- Résolution de 150 µm
- DQE et MTF élevées
- Prévisualisation de l'image en 2 secondes
- Positionnement automatique
- Console d'acquisition compatible FCR et capteur plan mobile D-EVO



FUJIFILM

FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE
Imagerie Médicale - 2, rue Louis Pasteur - 92500 Gennevilliers
Tél : 01 47 33 13 13 - Fax : 01 47 31 62 00 - france@fujifilm.com