

Le
Médecin
Radiologue
 de France

**NON
 A LA LOI
 DE SANTE**

Le journal de la FNMR
www.fnmr.org



**PATIENTS
 EN DANGER**

F N M R FEDERATION NATIONALE
 DES MEDECINS RADIOLOGUES **F N M R**
**LOI DE SANTE :
 PATIENTS LE CHOIX C'EST FINI !**

**SAUVONS
 LA RADIOLOGIE HOSPITALIERE**

**NON
 A LA LOI
 DE SANTE**

LOI BACLÉE

Loi de santé

**NON
 au projet de
 Loi de Santé**



**RADIOThÉRAPEUTES
 CANCÉROLOGUES**
 Projet de loi de santé :
 Service rendu aux patients en danger

**MARI SOL TOURAINE
 MÉDECIN SANTE TORPILLES**

**NON
 A L'EXCLUSION
 DES CLINIQUES**

NON

**F N
 M R**

Fédération
 Nationale des
 Médecins
 Radiologues



Facebook :
[fb.com/LaFnmr](https://www.facebook.com/LaFnmr)



Twitter :
[@Fnmr_radiologue](https://twitter.com/Fnmr_radiologue)



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

MENSUEL - ISSN 0754-7149

MÉDECINS RADIOLOGUES

BAIL SANTÉ

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

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

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



Dans l'œil du cyclone

La loi de santé, dite Loi Touraine, a été votée, le 14 avril dernier, par l'Assemblée nationale en première lecture.

La FNMR a dit depuis le début que ce texte était dangereux pour l'avenir de la médecine libérale et de la radiologie en particulier.

Vous trouverez dans ce numéro, plusieurs analyses réalisées par des syndicalistes, des élus de tous bords afin que vous puissiez vous faire une opinion de ce texte dans tous ses aspects négatifs.

La loi va passer mi-septembre devant le Sénat : la FNMR va proposer des amendements aux sénateurs. Toutes les actions que vous pourrez mener auprès d'eux seront importantes. Ne vous en privez donc pas !

Un autre danger nous menace aussi. Le rapport « charges et produits » de la CNAM-TS pour 2016 qui précise les économies à réaliser dans le cadre du prochain Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) dont l'objectif de dépenses, nous le savons, sera encore plus bas que ce qui avait été annoncé l'an passé. Le ministre de l'économie a, en effet, demandé 3 milliards de plus sur le dos de la santé !

Dans ce rapport, la caisse ne propose des économies qu'à hauteur du tiers environ de ce qui est demandé. Ceci implique que c'est le ministère de la santé qui va devoir faire les coupes...

La radiologie a participé largement aux « économies » demandées depuis plus de sept ans pour près d'un milliard d'euros. Il n'est plus possible de continuer comme cela au risque de voir, à nouveau, se multiplier les fermetures de centres d'imagerie qui mettraient à mal le maillage territorial radiologique, pénalisant ainsi la prise en charge de nos patients ce que nous ne pouvons accepter.

Dans cette situation de fragilité de la radiologie, apparait le risque « d'Uberisation » de notre spécialité. J'en veux pour preuve la volonté hégémonique d'un groupe financier suisse qui possède 157 centres de radiologie et de radiothérapie dans 14 pays européens, mais qui s'implante aussi dans les pays du Golfe et en Amérique du Sud et ambitionne de devenir le leader mondial du marché. La France ne les intéresse pas encore. Pourquoi ? A cause des économies imposées, permanentes ? En tout cas, le danger est là !

Comme vous le voyez, la fin de l'année risque d'être agitée.

Profitez de vos vacances bien méritées pour pouvoir, à la rentrée de septembre, défendre encore plus ardemment notre belle spécialité.

Bonnes vacances !

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire # 382

| | |
|--|----|
| ■ Séminaire FNMR Rouen mars 2015 | 04 |
| ■ Loi de santé : | |
| Les actions de la FNMR | 20 |
| L'usager, un véritable acteur du système de santé | 22 |
| Projet de loi de santé : le rendez-vous manqué | 24 |
| Le Sénat attentif aux attentes des professionnels | 26 |
| Une loi centrée sur l'hôpital public, au détriment des libéraux | 27 |
| Un plan Marshall pour la médecine libérale | 28 |
| Proposer une vision du système de santé | 30 |
| Proposer de nouvelles organisations pour ne pas sacrifier la qualité des soins | 31 |
| Loi de santé : les amendements | 34 |
| ■ Médaille de la FNMR | 35 |
| ■ Statistiques : dépenses assurance maladie mars 2015 | 41 |
| ■ Fermeture FNMR et FORCOMED | 41 |

| | |
|--|----|
| ■ Hommage | 42 |
| ■ Vie fédérale : élections Bureaux | 42 |
| ■ Formation d'IRM en pratique clinique | 43 |
| ■ Petites annonces | 46 |
| ■ Petites annonces - NOUVEAU | 46 |

Annonces

| | |
|-------------------------------|----------|
| BRACCO | 25 |
| CMPS | 02 |
| FORCOMED | 44 et 45 |
| FUJIFILM | 48 |
| GE MEDICAL SYSTEMS | 33 |
| GE MEDICAL PUBLI-RÉDACTIONNEL | 36 |
| GUERBET | 19 |
| PMFR | 47 |
| UNIPREVOYANCE | 29 |

La loi de santé et l'avenir de la convention médicale



C'est à Rouen, accueilli par le Docteur Laurent Lardenois, Président de l'Union régionale de Normandie, que la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a tenu son séminaire annuel qui, cette année, s'inscrivait dans l'actualité immédiate avec la mobilisation contre la loi de santé. L'objectif était notamment de se projeter dans l'avenir des relations conventionnelles comme l'indique l'intitulé du séminaire : "L'avenir de la convention à travers le projet de loi de santé".

Séminaire de Rouen – Mars 2015

Ouverture du Séminaire :

Dr Jean-Philippe Masson, *Président de la FNMR*
Modérateur : **Sylvie Fonlupt**

Accueil :

Dr Laurent Verzaux, *Vice-Président*
Dr Laurent Lardenois, *Président de l'Union régionale Normandie*

Le projet de loi et l'action de la FNMR :

Dr Eric Chavigny, *Vice-Président*

ATELIER I : Régionalisation/ARS :

Dr Jean-Christophe Delesalle, *Secrétaire général*
Dr Laurent Verzaux, *Vice-Président*

ATELIER II : L'avenir de la convention

Dr Bruno Silberman, *Premier Vice-Président*
Dr Eric Guillemot, *Vice-Président*

TABLES RONDES :

Dr Benoît Feger, *FMF US*
Dr Patrick Gasser, *UMESPE*
Dr Jean-Philippe Masson, *FNMR*
Dr Jacques Ninety, *CSMF*
Dr Philippe Vermesch, *SML*

En ouverture, le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, rappelait la forte opposition des médecins, libéraux mais aussi de nombreux hospitaliers, ainsi que d'autres professions de santé, au projet de loi de santé. La mobilisation contre le projet a permis à l'unité syndicale. Les médecins radiologues libéraux ont participé activement au mouvement comme le montrait leur présence dans la manifestation nationale du 15 mars.

Le séminaire s'organise autour de deux thèmes, traités en atelier: les risques de la régionalisation, avec le pouvoir accru des Agences Régionales de Santé, et l'avenir de la convention médicale alors que le projet de loi donne tout le pouvoir à l'État et en particulier à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Les deux ateliers sont suivis d'une table ronde avec les syndicats représentatifs.



Dr Jean-Philippe Masson



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux, Vice-Président de la FNMR, rappelle l'objectif des séminaires de la FNMR: être le creuset de la politique de la Fédération, conduire une réflexion qui donne à la profession un temps d'avance. Cette année, la question est de savoir si la future loi de santé signera la mort de la médecine libérale, et de la radiologie, ou si au contraire elle pourrait être une opportunité.

Demain, l'organisation sera régionale et, dans cet espace, la radiologie libérale sera incontournable, seule capable de maintenir des soins de proximité. Il n'y a pas de médecine générale, ni de médecine spécialisée, sans médecins radiologues. Il n'existe pas non plus de services hospitaliers sans radiologie et c'est le sens du Projet Professionnel Commun qui permet de lutter efficacement contre l'extension des déserts médicaux.

L'évolution vers la régionalisation doit aussi faire réfléchir aux futurs modes de rémunération qui ne reposeront plus seulement sur le paiement à l'acte mais intégreront, dans un cadre qui doit être négocié nationalement, d'autres paramètres, tels que la qualité, les référentiels de bonnes pratiques.

Le développement des réseaux de soins, de la télémédecine sont aussi de vrais enjeux pour la spécialité. Il appartient aux médecins radiologues d'être les porteurs de projets régionaux car l'imagerie a une force structurante au cœur de la prise en charge des patients.

LE PROJET DE LOI ET L'ACTION DE LA FNMR



Dr Eric Chavigny

Eric Chavigny, Vice-Président et responsable de la commission communication à la FNMR, présente les actions conduites par la Fédération contre le projet de loi de santé.

Au cours de cette période de mobilisation, la FNMR a développé ses interventions au-delà des moyens traditionnels, sur les réseaux sociaux, afin de démultiplier la force de ses messages. Cette communication repose sur les principes de publication, de partage, de discussion et de réseautage.

La Fédération est présente sur les réseaux sociaux depuis 2012 mais elle a largement intensifié son activité au cours de la mobilisation contre le projet de loi, ce qui a conduit à accroître considérablement le nombre de "like", de commentaires et de partages sur sa page Facebook. Le nombre de "followers" qui suivent le compte a aussi fortement augmenté. Les plus fortes audiences ont correspondu aux temps forts de la mobilisation pendant la grève de la fin d'année, au moment de l'entrée des internes dans le mouvement et à la manifestation du 15 mars.

La FNMR a ouvert son compte Twitter à l'été 2014. Chaque mois, environ 200 tweets sont publiés. Le compte est suivi par plusieurs centaines d'abonnés : institutionnels, responsables syndicaux, journalistes ou autres relayeurs d'opinion.

L'information des radiologues sur un projet complexe a constitué un autre axe de la communication. La communication envers les responsables politiques, élus locaux ou nationaux, n'a pas été négligée avec différents communiqués mais aussi la poursuite des rendez-vous institutionnels. Enfin, la Fédération s'est adressée aux patients au travers de différents supports.

Pour l'avenir, Eric Chavigny souhaite étendre le "réseau" de la Fédération pour toucher adhérents et non adhérents, dialoguer avec les jeunes radiologues habitués à ces formes de communication, s'ouvrir plus aux autres acteurs et être plus présent auprès des médias.

ATELIER I : Régionalisation / ARS

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, présente les volets de la loi concernant la régionalisation et les Agences Régionales de Santé (ARS).

Le Parlement a adopté une nouvelle carte à 13 régions qui aura un impact direct sur les ARS, le nombre de CHU, etc. Elle aura aussi un impact sur la représentativité des médecins libéraux au sein des Conférences Régionales de Santé (CRSA), des Conférences de Territoire, des Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS), des Commissions Paritaires Locales et Régionales (CPL et CPR).



Dr Jean-Christophe Delesalle

L'ARS, clef de voûte de la loi HPST¹, regroupe sept structures : les ARH, les DDASS, les DRASS, les URCAM², une partie de l'activité des caisses d'assurance maladie, les groupements régionaux de santé, les missions régionales de santé et une partie des directions régionales du service médical.

Les objectifs et les missions des ARS sont une approche globale de la santé en termes de veille et de sécurité sanitaire, de prévention, d'organisation des soins y compris ambulatoires, de médico-social et des actions transverses sur le parcours de soins, la permanence des soins, la démographie médicale, la qualité des soins, les systèmes d'information, la collecte de données, etc.

L'État définit la politique nationale de santé et donne ses directives aux 26 ARS, avec les plans stratégiques régionaux et les projets régionaux de santé. Des schémas sectoriels sur l'organisation des soins, la prévention et le médico-social sont déclinés à partir de ces orientations. Les programmes régionaux pour la gestion du risque, l'accès à la prévention et aux soins, les handicaps et la perte d'autonomie (PRIAC) sont ensuite déterminés.

Ce processus conditionne le régime des autorisations concernant les établissements, les soins, les équipements, les contrats locaux de santé et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'actuel projet de loi de santé est une déclinaison de la loi HPST. Ses principales caractéristiques sont : le renforcement du rôle de l'État par le biais du pilotage national des ARS et de la convention médicale, un pouvoir accru aux ARS, le tiers-payant obligatoire, un cadeau aux mutuelles. C'est aussi le service territorial de santé au public (STSP), rebaptisé Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, le service public hospitalier (SPH), les groupements hospitaliers de

¹ Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009.

² Agences Régionale de l'Hospitalisation, Directions Départementales et Directions Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale, les Unions Régionales de l'Assurance Maladie.

territoire (GHT). Cette nouvelle organisation va influencer les autorisations d'équipement lourd pour les radiologues et la télémedecine.

Le projet concerne aussi l'accès aux données de santé (Open data), le testing et les droits des usagers avec différentes actions de groupe, les transferts de tâches avec l'incidence sur les manipulateurs radio, le DPC ³ sous la responsabilité exclusive des universités, le DMP ⁴ sous le contrôle de l'Assurance maladie.

Laurent Verzaux présente, ensuite, les principaux titres du projet de loi. En propos liminaire, citant l'économiste Frédéric Bastia qui prédisait que l'État serait réduit à emprunter pour rembourser ses "mannes", il rappelle que, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, c'est une même volonté de l'État de tout gérer qui guide la politique quelle que soit la couleur des gouvernements. L'assurance maladie semble bien dans cette spirale qui emprunte en endettant les générations futures pour financer nos dépenses actuelles.

Le titre I concerne les préventions alors qu'il n'y a pas grand-chose les concernant dans la loi. Au plus, peut-on citer l'interdiction de la vente d'alcool aux adolescents et de fumer dans les voitures lorsqu'il y a des enfants.

Le titre II garantit l'accès aux soins et met en place les parcours organisés, avec la création du service territorial de santé au public. Le fait de transformer le terme « service public » en « service au public » aura du sens pour les médecins libéraux qui actuellement ne font pas partie du service public et qui, demain, pourraient revendiquer les financements qui accompagnent ces services au public.

Ce service va reposer sur un engagement collectif et un contrat avec les différentes parties. Les acteurs concernés sont, au premier chef, les médecins généralistes, mais aussi les spécialistes de ville et les professions paramédicales, qui

devront proposer aux Agences Régionales de Santé des organisations pertinentes.

Les hôpitaux périphériques se voient contraint d'adhérer à un Groupement Hospitalier de

Territoire. Pour éviter d'être sous la dépendance du GHT, ils pourraient se tourner vers les établissements privés. Il appartient aux médecins libéraux, au sein de ces établissements, de s'inscrire dans un GHT pour l'élaboration du projet médical.

Sur le plan médical, il faut rappeler que les médecins radiologues sont très impliqués dans les actions de santé publique : dépistage organisé du cancer du sein, du col, du côlon, Alzheimer, l'amiante, bientôt le poumon, la PDSES, la radioprotection, la télémedecine. Les radiologues doivent s'impliquer dans les projets de dématérialisation de la seconde lecture et réfléchir à l'impact de la tomosynthèse

sur l'organisation de la proximité. En matière de radioprotection, ils sont les meilleurs garants de la maîtrise de la dose par rapport à d'autres spécialités.

Enfin, les radiologues ont un rôle central en radiologie interventionnelle et un temps d'avance sur d'autres spécialités concernant la maîtrise des techniques d'information et de communication.

Les radiologues sont au cœur de la prise en charge coordonnée des patients car, sans radiologie, la médecine est aveugle. Ils ont la capacité de contribuer, par leurs compétences médicales mais aussi managériales, à l'amélioration de l'organisation territoriale des soins. Ils apportent un service médical rendu élevé, de grande qualité, et doivent revendiquer une rémunération à la hauteur de cette qualité.

Téléradiologie, DMP, échanges de données

Jean-Christophe Delesalle précise ce qui, dans le projet, concerne plus directement les médecins radiologues pour la téléradiologie, le DMP et l'échange de données.

La territorialisation de la santé est inscrite dans le projet. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé doit concourir à la réalisation des objectifs du projet régional de santé et contribuer à structurer les soins de proximité des parcours de soins.

L'ARS en assure la mise en place et en définit les contours, sur la base d'un diagnostic territorial. Un projet territorial de santé définit les actions à entreprendre pour compenser les insuffisances dans l'offre de soins.

Des contrats territoriaux de santé seront conclus entre l'ARS et les acteurs concernés, qui proposeront des organisations pertinentes pour pallier les insuffisances de l'offre de soins. Le Service Public Hospitalier (SPH) comprend 14 missions de service public regroupées en un bloc d'obligations. Les établissements du service public hospitalier participent d'office au STSP. Les hôpitaux publics et les ESPIC sont éligibles d'office.

Les cliniques privées peuvent y participer à condition qu'elles adhèrent à l'ensemble des missions et qu'il n'y ait pas de dépassements d'honoraires, alors que les hospitaliers pourront continuer à faire du secteur 2.

Les modalités selon lesquelles est calculée la compensation financière, les conditions d'activité de soins ou d'utilisation d'un équipement matériel peuvent être subordonnées à l'habilitation à assurer le SPH.

Le troisième élément de cette étatisation réside dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui ont pour objet la mise en commun de fonctions, par des transferts d'activités ou d'équipements de matériel lourd entre établissements. Chaque groupement élabore un projet

“ Les radiologues sont au cœur de la prise en charge coordonnée des patients car, sans radiologie, la médecine est aveugle. ”

³ Développement personnel continu.

⁴ Dossier médical personnel.



médical commun à l'ensemble de ses membres. La coopération est rendue obligatoire entre les hôpitaux publics et les financements MIGAC sont conditionnés à leur adhésion. Les cliniques privées peuvent demander à être partenaires, via un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

En résumé, le chaînon STSP-SPH-GHT conduit à un hospitalo-centrisme et au pouvoir discrétionnaire de l'ARS.

Le projet de loi prévoit de "renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'Assurance maladie" par le biais d'un Plan national de gestion du risque comprenant des objectifs pluriannuels conclu avec l'Union Nationale de Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Le Plan est décliné régionalement sur la base d'un contrat type entre l'ARS et le représentant régional de l'UNCAM ⁵, ce qui est proche d'un Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM).

Les conventions nationales précisent les modalités d'adaptation régionale des dispositifs visant à favoriser l'installation des professionnels de santé en fonction des zones d'exercice, ce que l'on peut traduire par un conventionnement conditionnel à l'installation. Elles prévoient aussi les modalités d'adaptation régionale de mesures conventionnelles, à l'exception des tarifs. C'est une forme de conventionnement régional.

LA TÉLÉRADIOLOGIE

La téléradiologie est un élément de la télémédecine, inscrite dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS). Un décret de 2010 qui la définit comme un acte médical, évoque une possibilité de financement qui n'existe toujours pas, son organisation et la contractualisation obligatoire avec les ARS pour tout projet. Elle a fait l'objet de recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecin (CNOM).

⁵ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

⁶ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS).

⁷ Identifiant National de Santé.

⁸ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Sous l'égide du Conseil professionnel de la radiologie (G4) et du CNOM ont été publiés un guide pour son bon usage, une charte et un cahier des charges de la convention médicale de la téléradiologie.

Il en résulte que la télémédecine ne peut pas être réduite à un simple outil de gestion de la permanence des soins, ni à la téléinterprétation. Elle doit servir un projet médical local, précisant la gestion de l'adressage à des compétences radiologiques spécialisées, les règles d'assurance qualité, la répartition de la charge de travail, l'accès aux techniques appropriées, une contractualisation sur les demandes d'examen et le rendu des résultats, ainsi qu'un mode de rémunération du téléradiologue.

La téléradiologie peut être une composante d'un Projet Professionnel Commun et d'Imaging 3.0. Malheureusement, le projet de loi ne comprend aucun élément sur la télémédecine.

LE DMP

Le DMP, est un outil informatique de coordination des soins entre professionnels de santé créé en 2004.

Un professionnel de santé n'est pas obligé de créer un DMP, mais ne peut s'opposer à l'alimenter lorsqu'il existe, à la demande du patient. Le consentement du patient est nécessaire pour la création et l'alimentation du DMP.

Le bilan, au bout de 10 ans, est un véritable fiasco. Il n'y a que 530 994 DMP sur 66 millions d'assurés avec 840 000 professionnels de santé, dont 220 000 médecins, pour un coût de 500 millions d'euros.

Un seul article (Art 25) du projet de loi évoque le DMP en indiquant qu'il est repris par la CNAM ⁶.

LES ECHANGES DE DONNEES

Le projet de loi crée un système national des données de santé qui regroupe quatre systèmes d'information: le SNIRAM, le système national d'informations inter-régions d'assurance maladie, les causes de décès dans le code des collectivités territoriales, les données médico-sociales du code de l'action sociale et des familles et les données de remboursement par bénéficiaire transmis par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'objectif est la mise à disposition du public des données, y compris celles à caractère personnel. Il concerne les professionnels de santé mais aussi les patients sans que des données nominatives, ni INS ⁷, ne soient transmises, sauf exceptions après avis de la CNIL ⁸, comme pour un risque sanitaire grave.

L'accès par des organismes à but non lucratif ou lucratif sera possible pour des recherches, des études ou des évaluations. Il est créé un Institut National des Données de Santé, regroupant l'État, les représentants des usagers, des

producteurs de santé et des utilisateurs publics et privés, pour gérer ces échanges de données dans le cadre de l'open data.

Le Conseil de l'Ordre a relevé la complexité de lecture et d'interprétation de cet article, les risques inhérents à la constitution d'un système unique et les dangers accrus en cas d'attaques malveillantes, le risque de ré-identification de la personne, et s'inquiète pour le secret médical.

ATELIER I : SYNTHÈSE



Dr Paul-Marie Blayac

Paul-Marie Blayac, Secrétaire général adjoint, rapporte les débats de l'atelier sur la régionalisation.

La loi de santé sera effective sur une nouvelle cartographie française avec 13 régions à partir de janvier 2016, d'où découlera certainement un affaiblissement des différents départements.

La loi de santé est la suite de la loi HPST. L'ARS sera l'acteur incontournable pour la santé, le médico-social, la démographie médicale.

Plusieurs points sont à retenir :

En premier, l'importance de la prévention, qui impliquera les professionnels de santé sur l'ensemble des dépistages avec les différents fonds pouvant être alloués.

L'accès aux soins n'est pas obligatoire pour les libéraux dans le service territorial au public, mais il peut être conseillé pour mettre en place des partenariats permettant de renforcer la position des libéraux dans les différents territoires.

Pour le parcours de santé (art. 26), il y a l'obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire pour le service public. Cela conduira les petits hôpitaux à subir une forte contrainte matérielle, économique et humaine pour s'investir dans cette obligation; c'est une carte à jouer pour les libéraux en s'inscrivant dans un partenariat avec ces structures.

La loi revient aussi sur les dépistages organisés, le sein, le colon, le poumon et l'amiante. Il y a d'autres actions concernant notamment la cancérologie puisque c'est un objectif prioritaire de santé publique, avec un rôle central du radiologue au niveau du parcours de soins.

Dans tous les différents projets qui peuvent être proposés, il faut toujours s'assurer de leur pérennité économique, élément souvent occulté par les ARS dans leur demande d'implication.

La radioprotection est également un élément important dans la loi de santé avec les contraintes européennes.

Les radiologues doivent être porteurs de projets pour tous les dépistages, la téléradiologie, les nouvelles technologies

et les projets amenant les enveloppes financières. Ils peuvent apporter leur organisation médicale et professionnelle.

Quelques questions-réponses ont amené des éléments de synthèse, avec des thèmes récurrents comme le surmenage médical, le désinvestissement des associés, l'association souvent difficile de la professionnalisation en dehors de l'exercice médical et les différents modes d'organisation devant permettre de donner du temps à ces exercices parallèles à l'activité médicale.

La politique est une partie intégrante du métier et il faut revoir certains schémas syndicaux et de partenariat. Il faut aussi s'investir dans les URPS, organisme officiel sur tous les projets où l'ARS demande la participation des libéraux.

Les petites structures radiologiques auront énormément de difficultés pour l'investissement, en temps et en finances.

D'autres éléments sont aussi à prendre en compte:

Le projet du service territorial de santé avec les différents contrats et les pouvoirs du directeur de l'ARS.

Le service public hospitalier et le bloc d'obligations avec la participation des hospitaliers au service territorial.

Les contraintes sur les autorisations du matériel à anticiper puisque le défaut d'autorisation fragilisera notre profession; il faudra toujours s'investir dans les différents projets à venir. La coopération obligatoire entre les hôpitaux publics et l'hospitalocentrisme change la donne au niveau de la cartographie médicale et du matériel lourd.

Les radiologues libéraux doivent s'investir dans la téléradiologie pour anticiper les évolutions d'organisation et s'inscrire dans le parcours de soins.

L'évolution de la convention va vers un Objectif Régionale de dépenses d'Assurance Maladie (ORDAM).

A l'issue de ce compte rendu, le président de la Fédération souligne quelques points :

La volonté historique de l'État de toujours étatiser la médecine : les discussions avec des représentants du ministère traduisent cet état d'esprit. La loi de santé s'inscrit bien dans la suite de la loi HPST.

Il y a un volet prévention important dans cette loi de santé, ce qui est nouveau, hormis pour le dépistage du cancer du sein. Jusqu'à présent, la prévention était jugée coûteuse, ne générant pas d'économies immédiates et donc inintéressante. Un bon exemple est la densitométrie osseuse qui permet d'éviter des fractures du col du fémur. Mais l'Etat ne le prend pas en charge car le nombre de fractures évitées est inconnu.

Les radiologues doivent s'engager dans la téléradiologie sans passer par les sociétés commerciales. La référence étant le territoire, il faut s'organiser pour mettre des structures de téléradiologie locales.

Les URPS ont un rôle fondamental. Les radiologues doivent y être très largement représentés. ■

➤ Table ronde I : Le mouvement contre le projet de loi de santé et les syndicats polycatégoriels

Table ronde : Le mouvement contre le projet de loi de santé et les syndicats polycatégoriels

Modérateur : **Sylvie Fontlupt**

Benoît Feger, Président de la FMF US
Patrick Gasser, CSMF, Président de l'UMESPE
Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR
Philippe Vermesch, Secrétaire général
Spécialistes, SML



Dr Jean-Philippe Masson

Jean-Philippe Masson rappelle que la FNMR est adhérente aux trois syndicats représentatifs dont les radiologues attendent, qu'ils s'expriment sur la loi de santé et émettent des mots d'ordre d'unité.

Sylvie Fontlupt souligne que la loi de santé a réussi à réunir l'ensemble des syndicats contre elle. Après la manifestation du 15 mars, quelles sont les revendications, les actions, les mots d'ordre ?



Sylvie Fontlupt

Les positions des syndicats après le 15 mars



Dr Benoît Feger

Benoît Feger

Pas un syndicat n'a trouvé un effet bénéfique à cette loi pour la médecine libérale. Elle a, de fait, soudé le monde libéral.

Le premier élément d'opposition est l'absence, en amont, de concertation. Une pseudo concertation marathon, en réalité de l'affichage, n'est intervenue qu'après le mouvement du mois de décembre sans que les propositions syndicales soient prises en compte.

Le tiers payant généralisé reste d'actualité avec, derrière, des jeux de pouvoir et des enjeux financiers étrangers aux médecins.

Mais le tiers payant n'est que la partie émergée de l'iceberg qui veut changer le système pour aller vers un déremboursement des soins par l'assurance maladie obligatoire, par un transfert sur les mutuelles grâce à la mutuelle obligatoire pour tous.

Le système est changé par l'article 1, qui met en avant le rôle principal de l'État comme responsable. L'État n'est plus observateur, il devient partie prenante. Ce qui est décliné ensuite avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et le pouvoir jacobin qui s'installe sur toute l'organisation, l'installation, les regroupements, en bref sur tout le paysage libéral qui est mis sous tutelle.



Dr Patrick Gasser

Patrick Gasser

Après la présentation du projet de loi, la ministre a fait la "sourde oreille" aux revendications des syndicats de médecins, les obligeant, tous ensemble, à « claquer la porte » de la pseudo-concertation. Des groupes de travail ont ensuite été mis en place avec deux missions.

Le premier, sur le tiers payant, n'était pas au départ opposé aux solutions proposées par les syndicats, notamment la solution monétique.

Le deuxième groupe a travaillé sur le service territorial de santé au public (STSP). Il a, un peu, inversé le système prévu dans le projet avec les groupements territoriaux de professionnels qui proposent et ne sont plus des "chambres d'enregistrement".

Le troisième groupe, sur le service public hospitalier (SPH), redonnait à l'ensemble de l'hospitalisation publique la mainmise sur

l'organisation hospitalière du territoire ce qui nous a obligé à quitter la réunion. D'autres éléments n'étaient pas acceptables : l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les établissements en SPH. A l'inverse, le maintien de la possibilité de dépassement dans le cadre du secteur privé à l'hôpital. L'obligation pour un établissement privé d'assurer l'intégralité des 14 missions de service public et non une partie. Enfin, nous avons demandé que les jeunes puissent se former dans les cabinets libéraux.

La mission sur la médecine générale n'a quasiment pas pris en compte les éléments proposés par les syndicats. La seconde mission a permis de mettre en avant le médecin spécialiste deuxième recours, qui n'était pas dans la loi. Pourquoi demander, aujourd'hui, le retrait de la loi ? Parce que l'essentiel des propositions n'a pas été repris et que le socle de la loi reste centralisateur et hospitalocentré.



Dr Philippe Vermesch

Philippe Vermesch

En 2012, la manifestation contre le mariage pour tous a réuni un million de personnes ce qui n'a pas empêché que la loi passe. Nous étions dans le dogmatisme et l'idéologie. Aujourd'hui, la loi de santé est aussi dans l'idéologie. 90% des articles n'étant pas acceptables, la négociation ne servait à rien. C'est pourquoi, le SML a appelé au retrait de la loi et a participé aux groupes de travail sans illusion.

Notre refus porte sur l'étatisation, avec la déclinaison du pouvoir en région, les ARS, le SPH, avec le médecin traitant de premier recours adossé à l'hôpital et les spécialistes complètement oubliés, la coopération en équipe fermée, ce qui représente 5% des médecins et en exclut donc 95%, le pouvoir glissant sur les mutuelles et le tiers payant. Nous refusons que le tiers payant soit généralisé et obligatoire.

Le rôle de la médecine spécialisée

Benoît Feger

La réflexion au sein de la commission a permis de définir la médecine spécialisée et ses missions. Malheureusement, cela n'a rien changé à la perception étatique, qui est un premier recours d'officier de santé et un recours hospitalo-centré. Il n'y a rien entre les deux.

Patrick Gasser

La vision sous-jacente au projet de loi reste l'organisation centrée autour de l'hôpital avec les Groupements Hospitaliers de Territoire en parallèle du service public hospitalier.

Philippe Vermesch

Un membre de la Fédération Hospitalière Française a étonné la commission en annonçant qu'il n'était pas pour le premier recours, ni pour le deuxième car la situation à l'hôpital est mauvaise. Il y a peut être un espoir que l'hôpital explose avec la réforme, ce qui permettrait de voir l'utilité des libéraux.

Jean-Philippe Masson

Le projet professionnel commun (PPC), que la FNMR défend depuis plusieurs années, peut faire le lien entre l'hôpital et le secteur libéral. La Fédération et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH) ont proposé un amendement pour faire passer le PPC. Il existe déjà plusieurs expériences mutualisant les hommes et les matériels.

Mais un PPC ne peut fonctionner que s'il est équilibré. Les médecins libéraux ne peuvent pas être au service de l'hôpital pour pallier ses manques de radiologues. Il doit y avoir un échange réel entre l'hôpital et le libéral.

Le PPC est une structure distincte de l'hôpital, regroupant médecins hospitaliers et libéraux, les matériels de l'hôpital et du libéral, pour offrir un service de radiologie H24 sur l'ensemble d'un territoire.

Quel avenir pour l'unité syndicale à l'approche des élections aux URPS ?

Benoît Feger

L'avenir de la médecine libérale est dans le renouvellement des générations car il y a un problème d'attractivité de l'exercice libéral pour des raisons sociales et sociétales. La demande de la base est qu'il y ait un mouvement unitaire pour défendre les conditions de l'exercice libéral.



Les Drs Benoît Feger et Patrick Gasser



Les Drs Benoît Feger, Patrick Gasser, Philippe Vermesch, Jean-Philippe Masson

Le travail fait, en particulier, à la commission des spécialistes montre que l'on arrive à des convergences importantes entre syndicats. Le plus important est une médecine libérale forte avec des perspectives d'avenir.

Patrick Gasser

Il y a un modèle bien structuré, celui des radiologues. Il répond aux besoins de la population en maillant le territoire. Il faut créer un modèle de structuration, en termes d'entreprise, de réponse aux besoins de soins de la population, qui pourrait être repris par les pouvoirs publics. Pour des raisons financières, l'État sera peut-être obligé d'écouter cette proposition puisque l'hôpital public est en train de réfléchir à la même structuration.

Philippe Vermesch

Contre la loi, le combat ne fait que commencer mais elle finira par passer. Mais elle pourrait ne pas fonctionner sur le terrain comme prévu.

Le 15 mars a été une réussite. Nous réfléchissons à une autre action. Nous discutons avec les autres organisations pour décider de ce que nous allons proposer, en sachant que les médecins de terrain sont motivés. Sur l'ensemble de la loi, il faut construire. L'entreprise libérale de proximité est un concept qui est maintenant repris par tout le monde.

Quelle représentativité ?

Patrick Gasser

Il y a un risque que le Gouvernement cherche d'autres interlocuteurs. La ministre est, d'ailleurs, allée au Congrès de la fédération française des maisons et pôles de santé. Un autre risque est celui d'un modèle à deux conventions, une pour les généralistes, une pour les spécialistes. Ceci doit inciter à l'unité.

Les spécialités ne doivent pas demander leur représentativité, car, dans ce cas, les médecins pourraient se faire contourner. Il faut, au contraire, faire le lien entre la médecine de proximité, la médecine générale et l'ensemble des spécialités.

“ Le projet professionnel commun (PPC), que la FNMR défend depuis plusieurs années, peut faire le lien entre l'hôpital et le secteur libéral. ”

Benoît Feger

Il est important de lier les médecins généralistes et spécialistes. La FMF est pour une défense polycatégorielle dans un système de soins. Il serait peut-être intéressant, à l'issue des élections que les syndicats partagent un fonds commun beaucoup plus large qu'actuellement pour se défendre vis-à-vis des tutelles.

Quelles actions pour la suite ?

Philippe Vermesch

Il faut maintenir la mobilisation ce qui passe par la concertation et il faut laisser aux médecins le temps de se mobiliser. C'est la raison pour laquelle une action dès le 31 mars pose problème. Cependant, le débat sur la date de l'action montre aux responsables politiques que la loi n'est pas encore "digérée" dans le monde libéral.



Les Drs Philippe Vermesch, Jean-Philippe Masson

L'arrêt de la télétransmission des feuilles s'est effrité en ce début d'année et le SML a levé le mot d'ordre pour recommencer, ultérieurement, si nécessaire de manière plus percutante.

Patrick Gasser

Après le 31 mars, la priorité est le lobbying parlementaire. Les internes et les chefs de clinique vont probablement se retirer du mouvement car ils ont obtenu un certain nombre de choses. Le maintien de la mobilisation en région passera, probablement, à travers la permanence des soins, car c'est une action unitaire chez les généralistes et les spécialistes.

Benoît Feger

L'arrêt de la télétransmission est un bon marqueur de la mobilisation du terrain vis-à-vis des politiques.

Jean-Philippe Masson

Les trois syndicats sont opposés à cette loi. Leur message est clair. En ce qui concerne les actions, les radiologues

attendent aussi un message unitaire et clair. L'arrêt des télétransmissions n'est pas vraiment adapté à la radiologie. La grève de la permanence des soins est plus pertinente. Elle est bien suivie notamment dans les régions où elle n'est pas reconnue sur le plan financier.

Concernant le lobbying politique, les radiologues ont écrit à leurs députés, sénateurs, conseillers généraux mais nous avons reçu peu de réponses. Cela traduit l'état d'esprit des politiques vis-à-vis des médecins. De son côté, le corps médical n'a plus confiance envers les politiques qu'ils soient de droite ou de gauche.

La mobilisation dans les cliniques

Patrick Gasser

Les intérêts des médecins libéraux et de la FHP⁹ sont divergents. La FHP incite les établissements à salarier les médecins. Les actes qu'ils réalisent ne rentrent pas dans les GHS et les GHM¹⁰. Par ailleurs, certains grands groupes peuvent voir avec intérêt se réduire le nombre de cliniques.

Benoît Feger

J'ai la même lecture avec une évolution des MCO, qui ont abandonné l'obstétrique car ce n'est pas assez rentable. Ces groupes veulent cantonner la chirurgie à ce qui est rentable avec des contraintes sur les praticiens pour développer l'ambulatoire et la chirurgie « intéressante » en GHS. Ils privilégient la médecine avec des médecins salariés parce que les GHS de médecine sont plus intéressants que ceux de chirurgie pour la clinique.

Leurs intérêts sont complètement divergents avec ceux des médecins.

Philippe Vermesch

Depuis de nombreuses années, la FHP n'est pas l'amie des médecins libéraux. Ça ne devrait pas s'arranger car il semble que le GHS diminue en fonction du nombre d'actes pratiqués par le praticien. ■



⁹ Fédération de l'Hospitalisation Privée.

¹⁰ Groupe Homogène de Séjour et Groupe Homogène de Malades



ATELIER II : L'avenir de la convention

Atelier II : L'avenir de la convention

Bruno Silberman, Premier Vice-Président de la FNMR
Eric Guillemot, Vice-Président de la FNMR

Bruno Silberman, Premier Vice-Président de la Fédération explique le but de l'atelier qui est de réfléchir sur les enjeux conventionnels

futurs en fonction du projet de loi sur la modernisation du système de santé.

La convention médicale s'analyse dans le cadre national et dans le cadre régional, puisque des déclinaisons régionales du système conventionnel sont envisagées.

Le cadre national est assez simple. Le Parlement vote l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie et la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Dans le cas où les dépenses sont supérieures à un seuil prédéfini, un comité d'alerte déclenche une procédure d'économies imposées aux gestionnaires de l'assurance maladie. Ces économies ont déjà porté sur l'imagerie médicale.



Dr Bruno Silberman

La convention médicale nationale est négociée entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs. Des avenants interviennent au cours des cinq années d'existence de la convention. L'État, s'il n'est pas signataire, n'est pas non plus étranger aux négociations sur lesquelles il pèse par les orientations qu'il donne. Les syndicats signataires sont exclusivement des organismes représentatifs et transversaux. Ils représentent donc l'ensemble des médecins.

La loi Touraine modifie l'organisation paritaire en précisant que l'État donnera le cadre de la négociation qui s'imposera donc à l'UNCAM dont la marge de manœuvre disparaît.

Une Commission Paritaire Nationale, comprenant des représentants de l'UNCAM et des syndicats, à l'image des Commissions Paritaires Locales, fait vivre la convention.

Une commission dite de "hiérarchisation des actes et des prestations" (CHAP) émet des avis sur toutes modifications tarifaires après saisine de la haute Autorité de Santé. L'UNCAM n'a pas l'obligation de suivre les avis de la CHAP. Les syndicats verticaux, comme la FNMR, ne sont pas saisis des mesures qui sont présentées à la CHAP. En revanche, il

existe des accords techniques, comme le plan pluriannuel d'imagerie, qui sont négociés avec les professionnels et ensuite validés dans le cadre des accords conventionnels. Le fonctionnement en région est différent.

La gestion du risque, qui correspond au respect de l'ONDAM, n'est pas déléguée aux caisses régionales d'assurance-maladie mais est sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé. « L'ORDAM » existe donc déjà sans que les syndicats représentatifs y soient associés, puisqu'il est discuté uniquement entre l'ARS et les caisses primaires dans le cadre d'un contrat d'objectifs auquel les syndicats ne sont pas associés. Ces objectifs concernent notamment l'imagerie avec le déploiement des I.R.M., la diminution de la radiologie conventionnelle.

La vie conventionnelle dans les régions passe à travers les Commissions Paritaires Locales (CPL) qui suivent les dépenses de santé, le respect des objectifs, les antibiotiques, les Résultats sur Objectifs de Santé Publique, etc.

Les Commissions régionales (CPR) ont une mission de suivi global, non de mise en œuvre, sauf pour l'avenant 8 sur le suivi de la procédure des tarifs excessifs.

Il n'y a pas de lien hiérarchique entre les caisses régionales et locales. Les difficultés locales sont donc arbitrées directement par l'échelon national.

“ Les radiologues libéraux doivent s'investir dans la téléradiologie pour anticiper les évolutions d'organisation et s'inscrire dans le parcours de soins. ”

Un autre outil de régulation à la disposition des ARS est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements publics et privés, qui ont souvent des contraintes de PDES ou de limitation de dépassement des honoraires. Les valeurs de tarification peuvent être différentes d'une région à l'autre.

Le seul interlocuteur des ARS est l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

La région fonctionne comme un système à deux têtes : d'un côté, l'ARS gère la gestion du risque et les autorisations avec pour interlocuteur l'URPS, de l'autre côté, les Commissions Paritaires Nationale et Locale gèrent la convention de manière séparée.

Dans le projet, la médecine générale de premier recours est isolée de la médecine spécialisée. Il n'est pas exclu que l'État propose, ultérieurement, une convention de premier recours et une convention de second recours.

Les enjeux d'une future convention sont nombreux : la part de la tarification à l'acte et son évolution, la part forfaitaire, les ROSP ¹¹, les frais de structure des cabinets, le trajet de soins et la coordination. Ces sujets ont été traités par la FNMR lors de son séminaire Imaging 3.0. Il s'agit en fait du rôle du médecin radiologue par rapport aux autres médecins dans l'amélioration de la prise en charge d'un patient, en particulier dans les maladies chroniques. La valeur ajoutée du médecin radiologue sur la pertinence de l'acte, la stratégie d'imagerie ou la prise en charge inhabituelle, plus rapide, d'un patient dans le cas d'un parcours de soins constitueraient des revendications légitimes.

Il faut aussi réfléchir à la déclinaison au niveau régional d'une convention nationale, la valeur de l'acte en étant exclue. Les forfaits techniques ne sont pas déclinés de la même manière en I.R.M. et en scanner en fonction des régions. En Île-de-France, par exemple, les établissements privés et publics ont un coefficient bonificateur du coût de la pratique. Les objectifs de santé publique se déclineront aussi régionalement.

L'ORDAM sera-t-il géré par l'État? En France, on ne contractualise pas avec l'État ; on donne un avis et l'État décide. Pour les contrats d'objectifs et de moyens, il est toujours possible de ne pas signer. La négociation est plus compliquée avec l'État qui détient le droit d'autorisation.

Quels seront les partenaires conventionnels ? Actuellement, les syndicats représentatifs régionaux n'ont pas d'existence. Il faudra déterminer la capacité des futures URPS, élues sur la base de listes avec des majorités qui comprennent tous les médecins, à négocier dans ce nouveau contexte. Pour les radiologues, ce pourrait être le Conseil professionnel régional (G4R).

La nouvelle organisation qui se dessine pose deux questions aux radiologues. Dans le cas d'un objectif régional de dépenses quels seront les enjeux pour la radiologie? La FNMR doit-elle demander sa représentativité ?

ATELIER II : SYNTHÈSE

Eric Chavigny présente le rapport sur le second atelier consacré à la convention médicale.

Les Lois de Financement de la Sécurité Sociale et l'ONDAM, mis en place en 1995 par Juppé, régissent les dépenses d'assurance maladie et définissent, en partie, les rapports des médecins avec les caisses et l'Etat.

La convention nationale avec ses avenants est le cadre de la négociation paritaire.

La loi Touraine modifie cette organisation en prévoyant que l'Etat fixe des objectifs aux caisses d'assurance maladie qui négocieront ensuite avec les syndicats représentatifs.

La convention médicale unique pourrait éclater en une convention de premier recours et une de second recours.

¹¹ Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique.



L'Etat donne ses consignes aux ARS sur la gestion du risque, en dehors du champ conventionnel, c'est à dire sans négociation avec les médecins. Les CPL et CPR suivent les dépenses de santé et les objectifs conventionnels dans les régions. Mais la convention est contournée par les CPOM signés entre les ARS et les établissements.

L'ARS définit le PRS et le SROSS qui décline, entre autres, le nombre d'équipements lourds fixé par l'Etat.

Les URPS représentent les médecins libéraux par les membres des syndicats polycatégoriels et sont des interlocuteurs des ARS.

Il n'est pas possible de dire aujourd'hui si, avec la future loi, les négociations seront régionalisées ou non. L'atelier a exprimé clairement sa volonté du maintien de négociations nationales afin d'éviter les disparités régionales comme, par exemple, pour la rémunération, ou non, de la PDS-ES.

La nouvelle loi pourrait aussi imposer des ORDAM gérés par les ARS.

Enfin se pose la question de la représentation des médecins radiologues dans la future organisation par les syndicats polycatégoriels ou les URPS ou encore le Conseil professionnel régional de la radiologie (G4).

Jean-Philippe Masson souligne deux risques débattus par les participants à l'atelier :

- L'éclatement de la convention médicale.
- Le pouvoir accru des ARS et l'introduction d'ORDAM.

Le bouleversement de l'organisation du système de santé appelle à un effort d'information de l'ensemble des radiologues. Il nécessite aussi que chacun se prépare et se forme aux nouvelles règles, au nouveau mode de fonctionnement en région.

Le débat

Dans le débat qui suit les présentations en atelier, une première réaction, unanime, est le refus de conventions régionales et de déclinaisons tarifaires régionales qui diviseraient les médecins.

Le débat**Benoît Feger, FMF****Patrick Gasser, UMESPE****Jacques Niney, CSMF****Philippe Vermesch, SML**

Les participants expriment aussi le souhait que la négociation reste l'apanage des syndicats polycatégoriels, afin de maintenir l'unicité du corps médical.

La déclinaison régionale d'une spécialité libérale serait, pour elle, un risque majeur d'être totalement ignorée. Il faut aussi tenir compte de la nécessaire "professionnalisation" du syndicat qui ne pourrait sans doute pas être assumée au niveau régional. En revanche, les syndicats polycatégoriels peuvent déléguer des médecins radiologues pour négocier sur les questions relatives à la radiologie.

Alors qu'ils ne sont pas reconnus, aujourd'hui, dans le cadre conventionnel, les G4 régionaux pourraient être chargés des négociations relatives à la démographie des radiologues et aux équipements. En revanche, ils n'auraient pas à intervenir sur les questions conventionnelles. Une alternative serait l'intervention des Comités Régionaux d'Imagerie (CRI) qui ont été inscrits dans une circulaire de 2002 pour les équipements lourds. Il faut aussi envisager des accords techniques nationaux sur l'imagerie qui pourraient faire l'objet d'une déclinaison négociée régionalement.

Cependant, en raison de l'hétérogénéité des régions et des ARS, il est souhaitable de maintenir dans la négociation nationale le plus d'éléments possible.

Alors que les G4 régionaux sont nommés, les URPS, élues, pourraient constituer un interlocuteur légitime. Il faudrait alors envisager la liaison entre les URPS et les G4R.

Le CAS pourrait faire l'objet d'une négociation régionale a contrario de l'application aveugle actuelle qui attribue, dans certaines régions, des taux de dépassements proche de 0%. Le problème est le même pour la rémunération de la PDSES.

Les CPOM sont, en principe, un instrument contractuel donc négocié entre l'ARS et les médecins. Mais dans la pratique, les ARS imposent souvent beaucoup de devoirs et oublient les droits.

La négociation dans le cadre régional suppose que l'ARS ne dispose plus de tous les pouvoirs. Elle implique donc une évolution des règles, qui n'est pas inscrite dans le projet de loi, et la possibilité réelle de recours auprès de l'échelon national.

La position des centrales syndicales

Jacques Niney – CSMF

Jacques Niney souligne le risque d'un isolement des radiologues dans le cas où la Fédération demanderait sa

représentativité. La présence de radiologues dans les trois grands syndicats horizontaux assure au contraire une bonne représentation de la spécialité. Si des déclinaisons régionales sont possibles, il faut conserver une convention nationale unique.

*Dr Jacques Niney***Benoît Feger - FMF**

Benoît Feger considère qu'actuellement, il n'y a pas de régionalisation mais une étatisation renforcée, avec des directeurs d'ARS nommés par le ministre. La future loi prévoit l'exclusion totale de l'assurance maladie au niveau régional. Face aux ARS, un cadre régional est souhaitable. Mais il n'est même pas certain qu'il y aura un cadre national dans la mesure où les conventions sont menacées par l'État qui reprend tout en main avec la volonté de remplir les hôpitaux publics et de « sabrer » le privé.

Philippe Vermesch - SML

Philippe Vermesch rappelle qu'il est président d'un syndicat de stomatologues, six fois moins nombreux que les radiologues. Il a pu constater la nécessité impérieuse de passer par les structures transversales pour défendre sa spécialité.

Une convention nationale est préférable avec des discussions régionales sur des spécificités comme la PDS, les matériels, l'implantation de moyens, etc. Mais ceci nécessite d'être bien représenté au niveau des URPS.

Patrick Gasser - UMESPE

Il y a un risque, à terme, d'une déconnection entre la convention nationale et ses déclinaisons régionales si les représentants des professionnels n'ont pas la capacité de négocier.

Les URPS peuvent se faire respecter des élus puisqu'elles sont, elles-mêmes, élues. Mais elles ont pour mission de participer à l'organisation, pas de négocier. En revanche, demain, elles devront s'engager plus au côté des syndicats. Les CPR et les CPL doivent être, dans les régions, les garants de la convention nationale. Il est souhaitable de lier tout contrat entre professionnels de santé à la commission paritaire afin d'éviter une contractualisation individuelle. La protection doit être collective.

La représentativité des verticalités serait une erreur les isolant les unes des autres, au contraire de la forte coordination indispensable entre la médecine spécialisée et la médecine dite de proximité ou de soins primaires.

Les CPR devraient aussi intervenir sur la gestion du risque permettant ainsi aux professionnels dans les régions de participer à la réflexion comme cela se fait nationalement. ■



► Table ronde II : Le projet de loi et l'avenir de la convention

Table ronde : Le projet de loi et l'avenir de la convention

Modérateur : **Sylvie Fontlupt**

Benoît Feger, FMF

Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR

Jacques Niney, CSMF

Philippe Vermesch, SML

impliquées dans le financement du dépassement. Pour l'instant, c'est l'expectative dans l'attente de la loi qui va changer les règles conventionnelles, auxquelles il faudra s'adapter.

Jacques Niney

Actuellement, c'est un contrat entre l'État, la Caisse et les syndicats représentatifs. Donc, cela ne dépend que de la volonté des acteurs de faire vivre la convention. Si le directeur de la CNAM ne veut pas faire avancer la convention, tout est bloqué.

Faut-il remplacer la convention ?

Philippe Vermesch

Le principal problème est celui de l'enveloppe budgétaire fermée alors que la population vieillit et que les charges augmentent.

La mise en route du parcours de soins a permis de faire passer beaucoup de médecins correspondants de 23 à 25 euros du jour au lendemain, même si certaines spécialités cliniques ont perdu.

Une convention régionale paraît très difficile car son application serait trop dépendante des acteurs et du directeur de l'ARS. Il y aurait donc un risque de déclinaisons régionales différentes

Jacques Niney

Le principe de l'enveloppe fermée est que ce que l'on donne à l'un est pris à l'autre, en particulier pour les spécialités techniques. Si l'on veut un système cohérent, on ne peut pas garder le système de financement actuel, assis sur les cotisations qui baissent à cause du marasme économique et de la pénurie des emplois.

Il faut proposer autre chose en changeant le mode de préemption des cotisations, qui ne doivent pas être assises uniquement sur le système social, c'est la raison pour laquelle la CSMF demande de changer le système de financement de la sécurité sociale.

Benoît Feger



Les Drs Benoît Feger, Patrick Gasser, Philippe Vermesch, Jean-Philippe Masson

Nous sommes au bout du système pour plusieurs raisons.

La convention est issue de la politique de santé et de la naissance de la sécurité sociale en 1945 avec le plein emploi, une population jeune et des pathologies aiguës à traiter.

Nous avons maintenant du chômage, une population vieillissante et une explosion des pathologies chroniques. Le système n'est donc plus adapté.

Le financement n'est plus paritaire par les cotisations sociales. Il vient, en partie, des cotisations sociales sur le travail et, pour l'autre partie, de l'impôt dont la part augmente régulièrement. Le système a, donc, déjà changé.

La relation conventionnelle n'est plus paritaire comme c'était le cas jusqu'en 2004. Depuis cette date, le directeur de l'assurance maladie est nommé par le pouvoir politique. Le Conseil de la CNAM ne sert plus à rien. L'État va décider de la convention, qui ne sera pas négociable.

Le danger est qu'il n'y ait plus de concertation. Mais il y a un principe de réalité : on ne peut pas faire la médecine sans les médecins.

Où en est le système conventionnel ?

Philippe Vermesch

Le nouveau directeur général de la CNAM attend les élections aux URPS pour relancer les négociations. Le SML réclame depuis trois ans la mise en œuvre de la CCAM clinique mais rien ne se fait.

Benoît Feger

La Convention en cours n'est pas adaptée et nous avons pu constater les effets collatéraux de l'avenant 8, qui est une commande de l'État pour encadrer le secteur 2.

Le résultat est un échec car les complémentaires ne se sont pas



Les Drs Jacques Niney et Benoît Feger

Les ORDAM, adaptations régionales ou danger

Benoît Feger

La régionalisation n'est possible que si certaines conditions sont remplies. Un des principes de l'État jacobin est l'unicité de la République, donc l'acte doit être payé partout au même montant. Cela pose problème car les charges sont différentes, entre autres pour l'immobilier, selon que vous exercez à Paris ou dans la Creuse. Un ORDAM régional en enveloppe fermée implique qu'à côté du paiement à l'acte, il y a des paiements forfaitaires pour compenser les charges différentielles d'une région à l'autre, mais ce serait difficilement gérable. Le principe a existé pour les prix de journée des cliniques avant d'être remis en cause.

En termes de démographie médicale, il y a un grand danger pour Paris où le désert des médecins généralistes est annoncé car on ne peut pas exercer à Paris en secteur 1. C'est la raison pour laquelle la ville de Paris essaie de faire des centres de santé et d'attirer des jeunes; leurs charges seront payées en partie par les impôts locaux. Il en est de même pour les communes en zone rurale, qui essaient de monter des cabinets médicaux avec des médecins, qui ne pourront tenir qu'avec un financement complémentaire à la charge des communes. L'enjeu est important car l'acte de base, en France, quelle que soit la spécialité, est en dessous des normes européennes. Il faut une revalorisation de l'acte.

Les syndicats ne sont pas opposés à revoir le parcours de soins ou les pratiques mais avec une compensation financière.

Le contrat individuel risque-t-il de remplacer la convention ?

Jacques Niney

C'est un risque. Le projet de loi dit clairement que la convention nationale est maintenue mais avec des objectifs fixés par Bercy. Des contrats types seront déclinés au niveau national et imposés aux régions. Pour ces contrats, la loi précise que l'on pourra discuter de tout sauf des tarifs. Chaque région pourra ainsi négocier, par exemple, le système d'installation. Les syndicats y ont toujours été opposés car c'est une régulation imposée par les ARS. Si l'on ne peut pas discuter des tarifs, il n'y a pas d'intérêt à instaurer un ORDAM, à moins de jouer sur les volumes.

Philippe Vermesch

Il faut comparer les dépenses additionnées des régions avec la dépense globale de l'année précédente. Il y a un risque de réduction de l'enveloppe, donc un risque de report de charges sur la région et nécessairement sur l'impôt.

Le risque de conventionnement sélectif par l'ARS est réel.



Les Drs Benoît Feger, Patrick Gasser, Philippe Vermesch

Le panier de soins

Jacques Niney

Il faut savoir qui va définir le panier de soins, avec quels interlocuteurs et sur quels éléments. Cela ne peut se faire que si ce sont les acteurs de soins qui le définissent. L'arrivée des complémentaires santé est un piège que les médecins vont subir.

Si le système est celui du parcours de soins, la situation sera la même que pour les opticiens et les dentistes. Le parcours fléché implique que le patient n'est remboursé à 100% que s'il va chez un médecin « accepté » par la complémentaire.

Philippe Vermesch

Le panier de soins existe puisque les mutuelles sont déjà en train de le proposer. Mais il est au minimum puisque c'est ce que les entreprises vont prendre en charge. Les mutuelles devenant obligatoires, la sécurité sociale va se désengager progressivement.

Benoît Feger

On va vers un panier de soins pris en charge à 100% pour les pathologies graves par l'Assurance maladie et le reste sera décliné avec des pourcentages par les complémentaires. Par ailleurs, le paysage des complémentaires est très complexe pour les assurés avec les mutuelles et les assurances, les contrats responsables, etc.

Propositions pour la convention

Philippe Vermesch

C'est aux syndicats qu'il appartient de faire des propositions car, entre les élections départementales et régionales, celles des URPS et la loi de santé, l'immobilisme est complet. La Conférence nationale de santé, annoncée par le gouvernement ne servira à rien puisqu'elle se réunira après le vote de la loi.

Jacques Niney

Il faut d'abord mettre en place tout ce qui a été prévu dans l'actuelle convention ce qui n'est pas le cas: la CCAM clinique, les ROSP.



Les Drs Philippe Vermesch et Jean-Philippe Masson

Il faut être réaliste et avoir conscience qu'il y a des accords qui n'ont pas encore été mis en œuvre, mais ce n'est pas une raison pour abandonner.

Pour la suite, une des orientations est le parcours et la prise en charge du patient qui restent à finaliser, par exemple pour les maisons pluridisciplinaires qui nécessitent des financements.

Le principal axe de la future convention est l'organisation du système de soins, à la condition qu'elle ne soit pas une « caisse d'enregistrement » des désirs de Bercy et du ministère de la santé.

Benoît Feger

Les besoins de soins sont incontournables et la profession médicale libérale et les syndicats pourront, à un moment donné, être en position de force.

Il est possible qu'il y ait un passage par le non-conventionnement pour pouvoir négocier une vraie convention avec un partenariat réel, qui corresponde aux besoins.

Avant de signer une convention, il faut connaître l'organisation du système, la place des médecins libéraux. Il faut aussi déterminer les conditions sociétales pour que l'exercice libéral soit aussi attractif qu'un exercice salarié. Il faut également accorder les moyens humains et financiers pour faire fonctionner les structures libérales.

Philippe Vermesch

Le « salut » des médecins pourrait venir du fait que l'hôpital va mal. Lorsque la position des personnels hospitaliers sera vraiment inconfortable, l'Etat sera bien obligé d'ouvrir les négociations, car ils auront besoin des libéraux.

Jean-Philippe Masson

Le pouvoir accru des ARS est une source d'inquiétude. Elles trouvent déjà des "aménagements locaux" à la loi par exemple pour l'attribution des équipements d'imagerie en coupe avec des obligations qui ne sont pas légales et ne font pas partie des directives de la DGOS.

La loi doit s'appliquer de la même façon dans toutes les régions mais nous savons que certains directeurs d'ARS voudront aller au-delà des objectifs qui leur seront assignés.

L'hôpital a besoin des radiologues libéraux mais il ne faut pas que les autorisations d'imagerie ne soient données qu'au secteur public pour obliger les libéraux à aller travailler dans les hôpitaux.

Le patient

La future loi de santé remet en cause, par l'organisation de filières de soins, de seuils d'activité, le libre choix du patient. Des actions sont-elles possibles avec les associations de patients?

Philippe Vermesch

Les patients n'ont entendu parler que du tiers payant. La campagne de pétition a permis de donner des explications complémentaires. Néanmoins, les syndicats ne disposent pas des moyens de l'Etat, ni de la presse. Il y a donc un déficit d'information des patients.

Benoît Feger

Les pétitions, dans les cabinets, sont remplies, les explications sont données et beaucoup de patients ont compris. Mais les gens qui s'engagent dans les associations de patients réfléchissent en fonction des Affections de Longue Durée (ALD). Le tiers payant leur paraît évident.

Avec le transfert de l'Assurance maladie vers les complémentaires, les patients vont déchanter lorsqu'ils constateront que les cotisations augmentent et que l'accès au médecin de ville est plus difficile.

Par ailleurs, les enquêtes montrent que le premier motif de frein à l'accès aux soins n'est pas l'argent mais la distance et la disponibilité.

Jacques Niney

Les associations de patients ne sont pas toujours représentatives de nos patients mais elles sont représentatives pour ceux qui les écoutent au niveau institutionnel.

Les syndicats n'ont pas convaincu les patients sur le tiers-payant. Mettre en avant le fait que les médecins sont contre le tiers payant proposé dans le projet de loi, a été pris de façon littérale par les patients. De ce fait, il a ensuite, été difficile de leur expliquer les autres points de la loi comme le poids des complémentaires qui définiront leur parcours de soins.

En conclusion de ce séminaire, Jean-Philippe Masson remercie les représentants des trois syndicats représentatifs présents tout au long de cette journée qui ont permis une réflexion approfondie sur la régionalisation et l'avenir de la convention médicale et qui a aussi constitué un moment d'unité syndicale. ■



Les Drs Benoît Feger, Patrick Gasser, Philippe Vermesch, Jean-Philippe Masson



DOTAREM®

0,5 mmol/ml – acide gadotérique

UN MONDE SANS COMPROMIS



NOUVEAU

Kit pour injection manuelle



Le kit comprend :

- 1 Seringue pré-remplie de 20 mL de DOTAREM®
- 1 Prolongateur de 25 cm
- 1 Cathéter sécurisé 22 G

DOTAREM® est indiqué en IRM pour les pathologies cérébrales et médullaires, pathologies du rachis et autres pathologies du corps entier (dont angiographie). Conformément à la stratégie thérapeutique recommandée par la HAS :

- Les explorations radiologiques concernées sont réalisées selon « Le Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » de 2013 (<http://gbu.radiologie.fr/>)

- DOTAREM® est, comme les autres chélates de gadolinium, un produit de première intention lorsqu'un examen par IRM avec produit de contraste est nécessaire. Il expose à un risque de FNS plus faible que d'autres chélates de gadolinium.

Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65%. Agréé aux Collectivités.

Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur la base de données publique des médicaments et sur le site guerbet.fr.

Guerbet |

Contrast for Life



Loi de santé : le combat continue

En septembre 2013, le Gouvernement présentait la Stratégie Nationale de Santé qui devait servir de socle à la refondation de notre système de santé. Dans les mois qui ont suivi, une "concertation" sous forme de débats a été organisée dans les régions sans que les médecins libéraux soient conviés à participer. Issu, pour partie, de cette pseudo-concertation, le projet de loi de santé a été adopté le 14 octobre 2014 par le Conseil des ministres. Jusqu'au mois d'avril 2015, les professionnels libéraux ont manifesté leur opposition au projet. Celui-ci, fortement amendé mais sans changement dans ses grandes orientations, a été voté en première lecture par l'Assemblée nationale. Il est actuellement examiné par la commission des affaires sociales du Sénat avant d'être débattu par la haute assemblée en septembre prochain.

Dans ce numéro, nous vous proposons un dossier consacré à la loi de réforme du système de santé qui a été au cœur des réflexions du séminaire du mois de mars de la FNMR et dont nous vous présentons un compte-rendu. Les syndicats représentatifs se sont aussi exprimés ainsi que des élus.

Les actions de la FNMR contre la loi de santé

En juillet 2014, en même temps que la nouvelle équipe de la FNMR se mettait en place, Marisol Touraine, ministre de la santé présente sa loi, dite « de santé », qui ambitionne de moderniser le système de santé. Durant l'été 2014, les cadres de la FNMR analysent le projet de loi et organisent la défense de la radiologie libérale, concernée par plusieurs articles du projet de loi.

Des contacts sont pris avec les syndicats polycatégoriels afin de les sensibiliser aux impacts potentiels de la loi de santé sur la radiologie libérale.

Au sein de la FNMR un groupe « communication » constitué autour d'Eric Chavigny avec Jean-Christophe Delesalle, Jean-Charles Leclerc, Paul-Marie Blayac et Pierre-François Robache est créé.

De nombreux supports de communications qui existaient déjà ont été repris et améliorés :

- Plusieurs communiqués de presse ont été diffusés.
- Des fiches explicatives sur les articles la loi de santé ont été rédigées.
- La newsletter hebdomadaire a tenu informée les radiologues.
- La Revue du médecin radiologue a publié plusieurs articles se reportant à la loi de santé.

Bien que seul syndicat représentatif des médecins radiologues libéraux, notre fédération défend les intérêts d'une profession qui compte peu de professionnels (5400 radiologues libéraux en 2012). Il est donc particulièrement difficile pour la FNMR d'être entendue et relayée dans les média traditionnels.

La FNMR et les réseaux sociaux

Afin d'être entendue par le grand public et les politiques, la communication multicanal s'impose. La FNMR a donc décidé de s'impliquer de manière plus active dans les réseaux sociaux.

Afin d'être audible par le grand public et les politiques, la communication multicanal s'impose. La FNMR a donc décidé de s'impliquer de manière plus active dans les réseaux sociaux. C'est le moyen le plus efficace pour toucher un public large (68% des internautes français sont connectés aux réseaux sociaux).



Facebook et Twitter permettent de donner une tribune à la FNMR vers des journalistes et décideurs qui peuvent ainsi être interpellés directement et relayer nos idées.

Sur les réseaux, les minorités ont la parole.

Le fonctionnement de ces réseaux, consiste à publier des informations, des images, des vidéos et de les partager. Ceci permet de créer une communauté d'internautes autour de la FNMR qui seront autant de relais pour diffuser nos idées.

L'objectif de l'implication de la FNMR sur les réseaux sociaux est multiple :

- Créer une relation de proximité avec les adhérents, les autres médecins, le grand public, des décideurs, des leaders d'opinion.
- Permettre des actions de communication auprès de journalistes, politiques et institutionnels.
- Transmettre nos valeurs, nos messages.
- Recruter de nouveaux adhérents.



Depuis novembre 2014, la FNMR est suivie sur Facebook par un millier d'internautes qui eux mêmes relayent ses messages. Cela permet de toucher en moyenne 46000 personnes par mois.

Sur Twitter, nous sommes suivi par 470 followers parmi lesquels on retrouve nombre de journalistes, politiques et des décideurs.

Afin de porter les messages de la FNMR auprès de nos patients, la FNMR a engagé un partenariat avec une société de diffusion de programmes vidéo dans les salles d'attente : Canal 33. Y sont intégrés des petits films estampillés FNMR (radioprotection, dépistage du cancer du sein, mais aussi loi de santé, etc.). Un nombre considérable de patients passent tous les jours dans nos salles d'attente. Les patients peuvent être particulièrement intéressés par nos messages qu'ils ont le temps de découvrir en attendant leur examen ou le résultat.



Ces programmes permettent, potentiellement, de toucher deux millions de patients par an. On peut espérer augmenter rapidement le nombre de personnes touchées par ces messages si d'autres radiologues s'équipent.

A côté des actions virtuelles sur le web, la FNMR a appelé les médecins radiologues à participer au mouvements de grève des médecins libéraux de septembre (manifestation du 30 septembre contre la loi macron), de décembre (fermeture des cabinets libéraux) et à la manifestation du 15 mars à Paris.

En région, la FNMR a demandé à chaque représentant de contacter les politiques locaux pour les informer des dangers de cette loi de santé pour la médecine libérale et pour la radiologie en particulier. Une plaquette à remettre aux politiques a été rédigée par le groupe communication et envoyée aux bureaux départementaux et régionaux de la FNMR.

La FNMR a fait écrire un amendement pour intégrer le projet professionnel commun dans la loi de santé. Cet amendement auraient dû être présenté à l'assemblée nationale par un député qui a eu un empêchement de dernière minute....

Nous ne renonçons pas et nous demanderons au sénat de le présenter lors du vote dans cette assemblée. Dans le texte initial, nous avons obtenu que les autorisations de matériels lourds ne soient pas assujetties au service public hospitalier.

La lutte continue, les radiologues sont appelés à rencontrer leurs sénateurs. Nous allons continuer à leur proposer des amendements et bien sur nous continuerons nos actions de communication via les réseaux sociaux. ■

Dr Eric CHAVIGNY
Vice-Président de la FNMR





L'usager, un véritable acteur du système de santé

L'Assemblée Nationale a récemment adopté le projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé. La question à laquelle notre débat devait répondre était la suivante : qu'allons-nous changer positivement dans la vie des Français ? Cette loi, en inscrivant la démocratie sanitaire au cœur du système de santé donne les outils de la transformation du quotidien du malade et de ceux qui l'entourent.

En 1976, Simone Veil ministre de la santé, signait la première charte du malade hospitalisé qui garantit « le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité » dans chaque établissement de santé. Depuis ce premier texte officiel, qui aborde clairement la question des droits du patient, la législation a progressivement reconnu le droit du consentement au soin. Cela n'aurait pu être le cas sans les actions initiées par Claude Evin en faveur des droits généraux des malades ainsi que, plus tard, le « sacre législatif du droit des malades », expression de Didier Tabuteau pour caractériser la loi du 4 mars 2002 de Bernard Kouchner. L'affirmation des grands principes de ce texte ainsi que l'émancipation progressive des associations de malades ont marqué la mise en marche de la démocratie sanitaire, de cette association des différents acteurs du système de santé à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé.

Le titre IV en particulier de ce projet de loi rassemble différentes mesures visant à renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.



Faire vivre la démocratie sanitaire, c'est promouvoir la concertation et la prise en compte de l'usager dans le système de santé mais c'est aussi améliorer l'efficacité de ce dernier. Cela ne pourra se faire qu'en renforçant la démocratie locale à travers les conseils territoriaux de santé qui réunissent les parties prenantes du territoire, à travers une meilleure efficacité des instances qui sont aux services des usagers, des patients, des citoyens. J'ai ainsi proposé de prévoir davantage que la présence des usagers dans le conseil territorial de santé (CTS) : Une formation sera spécialement dévolue à l'expression des usagers. J'ai aussi proposé d'introduire un dispositif expérimental permettant aux usagers de saisir le conseil territorial de santé de demandes de médiation en santé. L'article 43 de la loi prévoit une obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toutes les agences sanitaires nationales. J'ai fait adopter la reconnaissance du droit à la formation des représentants des usagers qui doit être encouragé pour tenir compte de la place plus importante des usagers dans les instances de santé publique. La loi modifie aussi les missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé qui sera dorénavant appelée commission des usagers (CDU). Sur ce sujet je me félicite de l'introduction dans le texte d'un nouveau pouvoir d'auto saisine sur tout sujet relatif à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement ainsi que d'un véritable droit de suite portant sur les propositions qu'elle établies, sur les plaintes qu'elle instruit et sur les suites données par l'établissement en cas de survenue d'événements indésirables graves. En outre, un accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les associations représentant les usagers sera mis en œuvre. Il permettra de favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation, dans le domaine de compétence du comité, des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale. Par ailleurs, le projet de loi prévoit un ensemble de mesures dont la mise en évidence des

“ Promouvoir la concertation et la prise en compte de l'usager, c'est améliorer l'efficacité du système de santé. ”



Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé permet de réformer les outils de planification sanitaire et médico-sociale dans les régions, mais comporte également des mesures touchant à la démocratie locale ainsi qu'à l'organisation sanitaire en situations exceptionnelles. Elle simplifie le projet régional de santé en fixant des orientations stratégiques à dix ans. La mise en œuvre de ce projet régional se fera au cœur des territoires par l'intermédiaire des contrats locaux de santé, des contrats territoriaux avec les professionnels et des contrats en santé mentale. Nous avons entendu la crainte d'une étatisation du système de santé, dans lequel les médecins ne pourraient plus s'installer comme ils le souhaitent, et l'inquiétude face à des charges administratives trop lourdes. Le texte a ainsi connu des évolutions qui ont fait l'objet d'amendements gouvernementaux et des députés. La liberté d'installation des médecins, mais aussi la liberté de choix du médecin par le patient, ne sont pas menacées.

“La mise en œuvre du projet régional se fera par l'intermédiaire des contrats locaux de santé, des contrats territoriaux avec les professionnels et des contrats en santé mentale.”

relations conventionnelles entre les professionnels et les laboratoires. Désormais, le montant des sommes allouées aux professionnels figurera sur le site « Transparence ». Un déontologue sera aussi nommé dans chaque agence sanitaire sur la situation de laquelle il devra rendre un avis.

Toujours en vue d'une plus grande efficacité de notre système de santé, l'article 42 améliore l'organisation du système des agences sanitaires en prévoyant la création d'un institut national de veille de prévention et d'intervention en santé publique

De plus, l'article 45 propose une disposition nouvelle témoignant de l'ambition de ce texte : sur le modèle prévu en matière de consommation par la loi du 17 mars 2014, les associations agréées d'usagers du système de santé pourront introduire une action de groupe afin d'obtenir réparation des préjudices résultant d'un dommage causé par un produit de santé. Plusieurs de mes amendements sur ce sujet ont été adoptés. Ils ont pour objectif de renforcer l'efficacité de la procédure prévue. L'un des plus importants concerne le régime d'entrée en vigueur. Le texte prévoit que la procédure ne s'applique pas aux manquements ayant cessé avant son entrée en vigueur. Cette disposition a donc été supprimée : l'action de groupe entrerait alors en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2016, ou à une date antérieure fixée par décret en Conseil d'État. Pourraient faire l'objet d'une action de groupe les dommages non couverts par les règles classiques de prescription qui ne sont pas modifiées par le projet de loi.

Enfin, l'information est la clef de voûte de la démocratie sanitaire.

Ainsi je salue l'article 47 sur l'open data en santé soit la définition d'un cadre d'accès plus ouvert aux données à caractère personnel figurant dans les bases dites « médico-administratives » ainsi que les enrichissements apportés lors de la discussion parlementaire. Des modifications ont été introduites pour clarifier la gouvernance mise en place pour réguler les accès aux données à caractère personnel (simplifier les procédures d'accès, sans affaiblissement du contrôle), cela sans porter atteinte à l'accélération du développement de l'ouverture des données.

L'organisation de la santé dans une société démocratique moderne passe inévitablement par la démocratie sanitaire. Reconnaître des droits individuels et collectifs à l'utilisateur, qui devient un véritable acteur du système de santé, tel est l'objectif vers lequel nous avons tendu tout au long de l'examen du Projet de loi de modernisation de notre système de santé, véritable Acte II de la démocratie sanitaire. ■

Hélène GEOFFROY

*Députée socialiste du Rhône
Maire de Vaulx-en-Velin
Rapporteuse du titre IV
sur la démocratie sanitaire
du projet de loi santé*





Projet de loi de santé : le rendez-vous manqué

Promise durant la campagne de François Hollande en 2012, la grande loi de modernisation de notre système de santé aura mis près de trois ans à naître. Après une série de rencontres organisées dans le cadre de la fameuse « stratégie nationale de santé » et à la suite de nombreuses séances de rédaction tenues le plus souvent dans les couloirs de l'avenue de Ségur, le projet de loi de santé est examiné depuis le printemps dernier, après avoir été déposé à l'Assemblée nationale le week-end précédent la discussion du texte ! Ce calendrier improbable et peu respectueux du Parlement illustre l'improvisation et l'impréparation du Gouvernement sur l'avenir de notre système de santé.

Se refusant à relever le défi de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, négligeant les dossiers hospitaliers ou niant encore la réalité des déserts médicaux, François Hollande a agi en politicien timorée plus qu'en visionnaire ou en réformateur. Le projet de loi porté par sa ministre ne répond pas aux problèmes des patients et des professionnels mais correspond surtout et sans aucun doute aux préoccupations électorales des socialistes. Le meilleur exemple de cette attitude à courte vue demeure le tiers payé généralisé. Cette mesure n'était pas demandée par nos concitoyens, dont les plus faibles bénéficient déjà du dispositif de couverture maladie universelle (CMU) et d'un des meilleurs accès aux soins d'Europe.

En revanche, les classes moyennes qui sont trop riches pour bénéficier des minima sociaux mais qui sont trop pauvres pour accéder aux soins dentaires et optiques (prothèses, lunettes...) connaissent l'injustice des restes-à-charge, sur laquelle le Gouvernement est particulièrement absent. Cette mesure constitue uniquement un marqueur de gauche utile à brandir le moment venu, lorsqu'il s'agira en 2017 de

d'avantage plaire à la base militante du PS. Ce dispositif est d'autant plus négatif qu'il aura probablement un effet inflationniste, notamment sur certains actes comme l'imagerie médicale.

“ Donner plus de place à la responsabilité du patient, respecter la liberté des médecins et miser sur l'incitation plutôt que sur la contrainte. ”

Sur bien d'autres sujets, le texte présenté par Marisol Touraine correspond à cette logique de contresens et de déni face aux réalités. Sur l'hôpital, on aggrave l'opposition entre secteur public et cliniques, alors qu'il faudrait au contraire avancer vers la coopération et aller plus loin vers la décentralisation de la carte hospitalière et de sa gestion ; sur la médecine, on remplace les contrats et la coopération avec les professionnels libéraux par des décrets ou des conventions qui n'en auront que le nom. Ce modèle vertical et centralisé à l'excès va altérer l'indépendance des praticiens, dans des domaines tels que la prescription, le choix des produits de santé, la tarification et leur management interne. Une gestion des acteurs de la santé

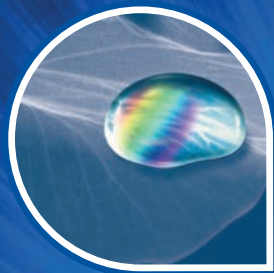
aussi régentée par l'État, parfois même au détriment des organismes de sécurité sociale, porte une véritable atteinte à des principes clés de notre organisation de soins, et risque au passage de générer bien peu d'économies au regard des attentes des ministères chargés des comptes sociaux.

Parallèlement à ces mesures inadaptées et dangereuses, le projet de loi de santé comporte une série de mesures de prévention qui s'apparentent plus à de l'affichage qu'à une réelle prise de conscience face aux comportements à risques. Probablement consciente de la légèreté du texte qu'elle soumet au Parlement, Marisol Touraine a alourdi la loi de santé de quelques déclarations d'intention et de dispositions infantilisantes (ex : feux tricolores sur les emballages de produits alimentaires), dont l'efficacité est déjà contestée par nombre d'experts. Sur la prévention, plutôt que de s'inspirer de la politique menée chez nos voisins anglo-saxons où la question de l'obésité est bien plus préoccupante, le Gouvernement aurait mieux fait de se concentrer sur les catégories de populations à risque ainsi que sur la consommation de cigarettes, alors que notre politique de lutte contre le tabagisme n'est pas assez structurée ni assez financée.

Oui, notre modèle social mérite une nouvelle vision de la santé. Cette dernière implique dès lors une organisation des soins adaptée à une société en mouvement : en donnant plus de place à la responsabilité du patient ; en respectant la liberté des médecins et misant sur l'incitation plutôt que sur la contrainte afin que leur offre rencontre la demande de nos concitoyens ; en refondant l'hôpital autour de ses missions premières et en renforçant son autonomie de gestion ; en faisant le pari d'une santé numérique au service du suivi des maladies chroniques et des économies intelligentes ; et enfin, en prenant des décisions fortes, de long-terme, mais toujours précédées d'un dialogue et d'un diagnostic partagé. ■

Arnaud ROBINET
Député – Maire de Reims





ioméron®

Iomeprol



Voir Différemment

- ➔ **Un bon débit d'iode**
pour les explorations vasculaires
- ➔ **Une bonne charge en iode**
pour les explorations parenchymateuses
- ➔ **Une large gamme de trousse**
pour cinq marques d'injecteurs, en 100 et 150 mL

Disponible en Flacons et Trousses

IOMERON® : Iomeprol 816,00 mg (iode : 400,00 mg) Excipients QSP - **DONNEES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Ce médicament est à usage diagnostique. Urographie intraveineuse, scanographie du corps, angiographie numérisée par voie intraveineuse, angiographie conventionnelle, angiocardiographie, artériographie coronaire sélective conventionnelle, coronarographie interventionnelle, fistulographie, galactographie, dacryocystographie, sialographie. **Posologie et mode d'administration** : Selon l'indication et le poids du patient. Un flacon est destiné à un seul patient. Ne pas injecter d'autre médication avec la même seringue. **Contre-indications** : Antécédents de réaction immédiate majeure ou cutanée retardée à l'injection de Ioméron. Thyrotoxicose manifeste. Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi** : **Mises en garde** : Tous les produits de contraste iodés peuvent être à l'origine de réactions mineures ou majeures pouvant mettre en jeu le pronostic vital, immédiates (moins de 60 minutes) ou retardées (jusqu'à 7 jours) et souvent imprévisibles. Ceci implique d'avoir à disposition immédiate les moyens nécessaires à une réanimation d'urgence. Les patients ayant déjà présenté une réaction lors d'une précédente administration d'un produit de contraste iodé sont à risque. Scintigraphie, exploration de la thyroïde, administration d'iode radioactif. **Précautions d'emploi** : Intolérance aux produits de contraste iodés, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, asthme, dysthyroïdie, maladies cardiovasculaires sévères, troubles du système nerveux central, phéochromocytome, myasthénie, majoration des effets secondaires (excitation, anxiété, douleur). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : metformine, radiopharmaceutiques, bêta-bloquants, substances vasoactives, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, diurétiques, Interleukine 2, neuroleptiques, antalgiques, antiémétiques et sédatifs de la famille des phénothiazines. **Effets indésirables** : Réactions anaphylactoïdes et d'hypersensibilité (effets cutané-muqueux, respiratoires, cardio-vasculaires, autres), cardiovasculaires, neurosensoriels, digestifs, respiratoires, rénaux, effets locaux. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES** : Produit de contraste iodé. **Ioméron® 400** : 3400933795146 : 50 mL flacon 28,74 € - 3400933795207 : 75 mL flacon 41,47 € - 3400933795375 : 100 mL flacon 49,57 € - 3400933795436 : 150 mL flacon 72,21 € - 3400933795665 : 200 mL flacon 94,84 € - 3400933991036 : 50 mL + néc. 28,74 € - 3400936198005 : 100 mL + néc. AN 49,57 € - 3400936198173 : 100 mL + néc. ME 49,57 € - 3400926993986 : 100 mL + néc. Empower 49,57 € - 3400926994129 : 100 mL + néc. CT-Exprès 3D 49,57 € - 3400936161733 : 150 mL + néc. AN 72,21 € - 3400936161962 : 150 mL + néc. ME 72,21 € - 3400926994068 : 150 mL + néc. Empower 72,21 € - 3400926994297 : 150 mL + néc. CT-Exprès 72,21 € - 3400927707131 : 100 mL + néc. NEMOTO 49,57 € - 3400927707360 : 150 mL + néc. NEMOTO 72,21 €. Liste I - Remb. Séc. Soc. 65 % dans toutes les indications - Agréé coll. - Rév. : décembre 2013. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE



Le Sénat attentif aux attentes des professionnels

Le projet de loi de santé longtemps attendu et annoncé dès le changement de majorité contient des mesures potentiellement intéressantes malheureusement desservies par l'improvisation qui a entouré l'élaboration du texte soumis à l'examen du Sénat.

Comment qualifier autrement la tenue à marche forcée de groupes de travail, dont le sérieux et le souci de consensus doit d'ailleurs être salué, pour tenter de corriger, après la présentation du projet de loi au conseil des ministres, les points d'opposition les plus marqués avec les professionnels de santé ? Comment se fait-il que ce texte qui, comme d'autres avant lui, entend rompre avec la faiblesse de la prévention en matière de santé dans notre pays n'ait intégré des dispositions relatives à la santé environnementale qu'en séance à l'Assemblée nationale ? Ces changements d'orientations, ces ajouts tardifs, n'ont rien fait pour augmenter la crédibilité d'un texte qui reste soumis à une approche par trop idéologique de notre système de santé. Le vice initial demeure, l'absence de concertation en amont avec les professionnels de santé qui sont les vrais porteurs de projets d'amélioration des prises en charge des populations et d'évolution soutenable de notre système de soins.

Le discours du Gouvernement se concentre sur la rupture avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui certes n'est pas exempte de critiques, et sur l'accès aux soins. Dans un cas comme dans l'autre cette position contribue cependant à obscurcir le débat. Le « marqueur » de l'opposition à la loi HPST est le retour

de la notion de service public hospitalier. Il ne pouvait en être autrement car par ailleurs le projet de loi entend renforcer le pouvoir des agences régionales de santé. Les établissements publics de

“ Les ARS, plutôt qu'imposer, doivent mettre en relation les professionnels et faciliter l'émergence des projets territoriaux. ”

santé avaient effectivement souffert de la disparition de cette notion remplacée par celle de « missions de service public », mais le « service public » prévu par le texte n'est qu'un label qui s'appliquera hors urgences et hors accréditations qui continueront à être accordées à l'ensemble des établissements. Son seul contenu est de garantir l'absence de dépassements d'honoraires des médecins ce qui est une mesure tendant à exclure les praticiens exerçant en établissement privé à but lucratif. Cette volonté de distinction est dommageable car, sur le terrain, public et privé fonctionnent généralement de manière complémentaire pour répondre aux besoins de santé de la population.

S'agissant de l'accès aux soins deux types de mesures sont mises en avant, d'une part le tiers payant généralisé, d'autre part différentes mesures ponctuelles qui donnent parfois l'impression d'un inventaire à la Prévert. Disons le franchement, la plupart des médecins n'ont rien contre le tiers payant que certains pratiquent déjà depuis longtemps pour tous leurs patients et que tous pratiquent pour les populations les plus fragiles économiquement (CMU, CMU-C demain, si les difficultés techniques sont

surmontées, ACS). Mais le tiers payant généralisé et obligatoire pour les médecins n'est pas une mesure pour l'accès aux soins. C'est une pure mesure de contrainte qui renforce le lien entre les médecins libéraux et les organismes payeurs. Surtout cette mesure relève de lois de financements de la Sécurité sociale, comme toutes celles qui ont étendu le tiers payant. Ici encore la question se pose : pourquoi avoir voulu inclure cette mesure décriée dans le projet de loi relatif à la santé quitte à occulter ce que ce projet peut avoir par ailleurs d'intéressant ?

Car certaines mesures proposent des outils qui peuvent être utiles pour améliorer notre système de prise en charge. La notion de « groupements hospitaliers de territoire » apporte une réforme des communautés hospitalières de territoire. Elle peut être un facteur de meilleur équilibre entre établissements et d'amélioration des soins à une double condition. Tout d'abord il ne faut pas créer un échelon administratif de plus qui pèse sur les soignants ou une superstructure administrative dirigée depuis Paris. Le nœud du GHT est le projet médical commun porté par les professionnels de santé. Sans lui rien ne peut se faire. La deuxième condition est d'assurer le lien entre le sanitaire et le médico-social. On le sait nous pouvons de moins en moins distinguer ces deux aspects dans les prises en charge. Notre société a évolué et les patients d'aujourd'hui n'ont plus nécessairement les réseaux de soutien familiaux ou de proximité qui existaient hier. On peut cependant regretter que ce texte, comme la loi HPST avant lui, ne s'intéresse pas explicitement au rôle et au devenir des CHU.

D'autres mesures potentiellement intéressantes concernent les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé telles qu'elles ont été définies par le groupe de travail sur l'organisation des soins de proximité dans les territoires. Ici encore cependant rien ne se fera sans avoir été porté par les professionnels de santé. Les ARS, plutôt qu'imposer, doivent mettre en relation les professionnels et faciliter l'émergence des projets territoriaux.

Là où un dialogue ouvert aurait pu faire émerger un consensus, le projet de loi, parti sur de mauvaises bases, cristallise les oppositions, les craintes et les accusations croisées. En cela il s'enferme dans des luttes que beaucoup jugent aujourd'hui dépassées. Le Sénat, pour sa part, sera particulièrement attentif aux attentes des professionnels et tâchera de proposer des solutions qui seront, elles, susceptibles de moderniser notre système de santé. ■

Dr Alain MILON
Sénateur du Vaucluse
Président de la Commission
des affaires sociales





Une loi centrée sur l'hôpital public, au détriment des libéraux



La loi de santé proposée par Marisol Touraine, dite de « modernisation de notre système de santé », a été écrite par et pour l'hôpital public, sans concertation préalable avec les médecins libéraux. Elle a abouti à un ensemble de mesures visant clairement à démanteler notre métier de médecin libéral et à orienter le système de santé vers l'hôpital public.

Le tiers payant généralisé est la mesure phare du ministère, à grand renfort médiatique. La CSMF s'est opposée fermement à cette mesure devenue « un droit pour tous les Français » par la loi, ce qui signifie une obligation pour les médecins. Cette promesse de campagne de François Hollande est l'étendard du mouvement d'opposition unitaire qui a conduit une manifestation historique, tous praticiens et toutes générations confondues, le 15 mars dernier. Le tiers payant généralisé et obligatoire est le symptôme d'une dérive bureaucratique et d'une volonté d'étatisation du système de santé. Il ouvre la voie à un désengagement de l'assurance maladie obligatoire au profit des assureurs complémentaires. Mais l'exclusion du monde médical libéral s'exprime aussi, et sans doute même plus encore, à travers d'autres mesures, tout aussi inquiétantes et mobilisatrices.

Le service public hospitalier (SPH)

L'article 26 voté à l'Assemblée nationale le 14 avril dernier a été un peu remanié et dissocie trois types d'établissements : les établissements SPH qui respectent le bloc de quatre obligations, dont l'exclusion des dépassements, les établissements de santé privés habilités sur leur demande à assurer le SPH et les établissements de santé privés associés au SPH lorsqu'ils ont un service d'urgence, pour cette activité. Comme l'a demandé la CSMF, un rôle majoré est reconnu aux conférences médicales

« Les communautés professionnelles territoriales de santé ont « oublié » les médecins spécialistes libéraux. »

d'établissements (CME) dans le processus d'habilitation des cliniques au service public.

Ce dispositif tend à exclure les cliniques et les plateaux techniques lourds, uniquement pour des raisons dogmatiques, par les dépassements. Les autorisations d'activité ne devraient pas être fonction du statut de l'établissement, possédant ou non l'étiquette SPH.

Les groupements hospitaliers de territoires (GHT)

Les « communautés hospitalières » d'avant ont été remplacées par les GHT, qui ne détiennent pas de personnalité morale. Le principe est simple : chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un GHT.

Ce regroupement se construit autour d'un projet médical partagé et à travers d'autres fonctions transverses gérées ensemble (système d'information, formation, achats...).

Associé à un CHU, chaque GHT demeure libre de déterminer ses modalités d'organisation et de fonctionnement et est constitué par les établissements publics de santé dans le cadre d'un schéma arrêté par l'ARS. Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux peuvent adhérer au groupement. Les établissements privés peuvent y être associés par voie conventionnelle, avec un statut d'établissement partenaire, mais doivent alors être sous la coupe du projet médical du GHT, défini par l'hôpital !

Une lourde menace pèse donc sur le secteur libéral. Imaginez des immenses structures qui organisent l'offre de soins sur tout un territoire, au détriment des établissements privés qui se retrouvent isolés. Que vont devenir les quelques partenariats public-privés actuels ?

Ce système touche les professionnels libéraux mais aussi les patients qui seront au final incités à se rendre dans des établissements appartenant à un GHT.

Les communautés professionnelles territoriales de santé

En remplacement du « service territorial de santé au public », les communautés professionnelles territoriales de santé ont « oublié » les médecins spécialistes libéraux. Le schéma est clair : multiplier les centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles, et orienter directement les patients vers l'hôpital public, tentaculairement organisé en GHT.

Pour la CSMF, le combat continue. Cette loi est une mauvaise loi car elle signe la mise au pas de la médecine libérale sous la coupe de l'Etat, qui s'immisce peu à peu dans les négociations conventionnelles, mais également des ARS, devenant les chefs d'orchestre du système de santé dans les territoires, et enfin des pouvoirs financiers, à travers le tiers payant généralisé. Non seulement tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, ont à y perdre, mais aussi les patients, dont la liberté de choix est remise en cause, et au-delà le système de santé français tout entier, sur la voie d'une américanisation à marche forcée. ■

Dr Jean-Paul ORTIZ
Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)





Un plan Marshall pour la médecine libérale

Le pays a besoin d'une stratégie nationale de santé car on ne peut pas impunément passer en treize ans du rang de premier système de santé au monde au dix-neuvième rang.

La loi dite de modernisation de la santé ne va certainement pas arranger les choses.

Le sous-équipement du pays et la radiologie ne sont pas évoqués un instant, tout au long de ce texte qui ne cite par ailleurs pas une seule fois le mot de médecin mais seulement celui de professionnel de santé. Le transfert de tâches est à tous les étages.

Il faut avoir vu Marisol Touraine passer la sonde d'échographie sur un ventre d'adolescent pendant qu'un radiologue HOSPITALIER interprétait l'échographie, pour comprendre que le choix de l'hôpital public est fait depuis longtemps comme elle pense depuis longtemps que la vertu et la qualité sont exclusivement à l'hôpital.

Pour notre Ministre, il n'y a plus de problème démographique, mais juste besoin d'appareils répartis sur l'ensemble du territoire et de techniciens de base pour tenir la sonde ou ajuster l'appareil sous la houlette d'un hospitalier. Elle l'a d'ailleurs dit clairement en rendant la sonde : les problèmes démographiques sont résolus.

Il suffit de faire la liste des radiologues de proximité qui disparaissent les uns après les autres sans successeur pour réaliser l'ampleur du désastre en cours et à venir.

La radiologie ne sera pas la seule victime de cette loi qui va détruire le tissu libéral, mais elle sera en première ligne quand les Agences Régionales de Santé (ARS) toutes puissantes décideront de l'attribution d'équipements lourds et, la politique actuelle de préférence pour le public continuera car les technocrates qui nous gouvernent resteront aux manettes quand les équipes ministérielles auront changé.

Les radiologues, avant les autres, ont anticipé les délégations de tâches et le tiers-payant, au prix d'engagement de personnel dédié, mais la loi comporte d'autres pièges que nous devons déjouer ensemble au prix d'une unité sans faille. Le syndicalisme des petits pas doit cesser car chaque pas nous rapproche du gouffre. La FMF, je le rappelle, n'a pas signé l'avenant n°8 qui étrangle le secteur 2 sans pour autant revaloriser le secteur 1, et l'avenant n°8 avait été particulièrement sévère avec les radiologues qui ont du subir, une fois de plus, la décote de nombreux actes. La loi menace la médecine libérale. La loi menace le secret médical. ET çà n'est pas fini, car les mutuelles encouragées par les nombreux cadeaux de ce gouvernement n'affichent toujours pas leurs frais de gestion qui vont parfois au delà de 25% et elles donnent de la voix pour réclamer que les médecins subissent à leur tour les réseaux de soins. Vous aurez remarqué que l'intégration des médecins dans les réseaux a été réclamée à la fois par Malakoff Mederick de Guillaume Sarkozy

et la MGEN. Vous aurez compris que les médecins libéraux n'ont rien à attendre de l'alternance. Vous aurez compris qu'il faut rester mobilisé et montrer aux gouvernements de tous bords qu'on ne marchera pas impunément sur les médecins libéraux. La FMF défendra la radiologie comme elle l'a toujours fait car elle sait que les spécialistes libéraux ont une réactivité, inconnue du service public et que s'attaquer aux radiologues, c'est menacer la qualité de notre médecine quotidienne. La FMF a demandé à la FNMR de nous aider à compléter les listes électorales aux Unions comme elle l'a demandé aux autres verticalités. Les radiologues ne doivent pas douter de notre loyauté et de notre volonté de défendre la médecine libérale. Les médecins se révoltent en ce moment et le font savoir. Je reviens de Roanne pendant que d'autres médecins de la FMF reviennent de Nantes ce 20 juin. Mais défilé ne suffira pas, et il faudra sans doute avoir recours au blocage sanitaire en septembre ou octobre. La CNAMTS pense être tranquille jusqu'en janvier où elle espère entamer une négociation conventionnelle qui imposera de nouvelles contraintes en échange de quelques euros supplémentaires qui seront, si nous ne nous y opposons pas, pris dans la poche des radiologues et/ou des biologistes. La recette est connue mais la FMF l'a dit à Nicolas Revel : Il faudra un plan Marshall pour la médecine libérale. La FMF sait où trouver l'argent : dans les frais de gestion de la CNAMTS et des complémentaires ainsi que dans le déremboursement des médicaments à Service Médical Rendu (SMR) 5. L'éducation de la population au bon usage des urgences et la modification du financement de celles-ci permettraient de dégager trois milliards : Il suffit d'un peu de courage. Le livre que j'ai écrit avec Daniel Rosenweg : « la fin de notre système de santé ? Le déficit fait aussi des heureux, » fait allusion à la fameuse citation de Chirac : « En France on greffe des foies, des cœurs, des reins mais on ne greffe pas de couilles car on manque de donneurs ». C'est à ce prix que nous sauverons le système de santé Français. ■

“ Il suffit de faire la liste des radiologues de proximité qui disparaissent les uns après les autres sans successeur pour réaliser l'ampleur du désastre en cours et à venir. ”

Dr Jean-Paul HAMON
Président de la FMF



Uniprévoyance, notre avenir en confiance



BythewayCreacom - © Getty images

SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

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

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



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire



Proposer une vision alternative du système de santé

Le Syndicat des Médecins Libéraux affirme fermement son désir de voir cette loi de santé retirée. Une réflexion globale sur l'avenir du système de santé doit être réalisée en amont. Au delà d'affirmer, le SML a permis la création d'une formation de combat, le Mouvement Pour la Santé de Tous, regroupant 45 syndicats de libéraux qui se sont mobilisés pour obtenir le retrait de cette loi.

La loi de « modernisation de notre système de santé » tel qu'elle est écrite à la sortie de l'Assemblée nationale, non seulement cantonne le médecin généraliste au rôle de pivot « d'équipe de soins primaires », mais elle oublie complètement les médecins spécialistes. Serait-ce à dire que pour notre gouvernement modernisation est synonyme d'uniformisation, avec restrictions du panel de compétences de tous les acteurs ?

L'exercice libérale de la médecine prendrait alors le virage de la grande distribution dont on connaît les limites. **La proximité et la qualité de service sont les grandes oubliées de ces systèmes uniformisés** à grande échelle. Pourtant, ces deux notions sont aujourd'hui replacées au cœur de toutes les dynamiques économiques. Le SML pense que cette vision de la médecine libérale qu'on veut nous imposer n'est pas la bonne, ni pour les soignants, ni pour les français.

L'étatisation de l'organisation libérale du soin, avec comme décideur le gouvernement et comme effecteurs les ARS, est le moyen de cette « modernisation ». Il n'est pas difficile d'imaginer la politique de santé qui sera appliquée, le règlement arbitral publié en février 2015 pour les maisons de santé pluridisciplinaires, que le SML attaque aujourd'hui, en est la meilleure illustration. Une organisation cloisonnée, stratifiée au détriment de notre liberté et d'un maillage fort des médecins libéraux sur le territoire est la menace qui couve. Les maisons de santé étatiques aujourd'hui désertées par les médecins en sont la preuve. D'autre part, **le renforcement de la tutelle des ARS sur nos entreprises libérales nous fait courir le risque d'une sur-administration improductive**, dont certains services hospitaliers en sont le triste exemple.

Cette organisation hospitalo-centrée, ARS dirigée, ministère imposée est une vision idéologique et une utopie délétère. Nous savons tous que l'efficacité du système naît des initiatives libérales et de liberté des acteurs à les exprimer.

L'exercice libérale de la spécialité qui est la vôtre, vous place sur l'échiquier du système de soin à la croisée de tous les chemins. Vous subissez la pression de toutes les structures : ARS, sécurité sociale, complémentaires, organismes de contrôle, administrations hospitalières ou des établissements privés... et vous devez répondre aux besoins croissants de la population dans **une spécialité dont le rôle est de plus en plus déterminant pour le diagnostic ou la prise en charge ambulatoire**.

Le pilier que vous constituez est une cible de la loi de santé. Votre liberté d'entreprendre est entravée par l'ARS qui se voit confortée dans son rôle de décisionnaire responsable de l'organisation du soin. La création des groupements hospitaliers territoriaux (GHT) renforce la main mise d'un directeur d'hôpital sur l'ensemble des

acteurs du territoire, dont les radiologues libéraux seront les premières victimes. Sans parler, du pouvoir renforcé qui est donné au ARS, avec lesquelles vous êtes contraints de négocier pour l'obtention d'autorisation et qui œuvre perpétuellement à dépouiller le monde libéral au bénéfice de l'hôpital.

L'initiative libérale est la clé de l'avenir du système de santé en France même si c'est difficile à entendre pour le gouvernement. La capacité à entreprendre, initier, faire face, innover, rebondir est la meilleure garante du système performant au moindre coût. Nos entreprises libérales sont indispensables et trop souvent malmenées voire attaquées par nos « décideurs ». Il faut enfin reconnaître **qu'une pratique de qualité a un coût qui se doit d'être pris en compte** car cette pratique s'appuie sur des activités transversales, consommatrices de temps médecin.

Permanence des soins en établissements de santé, développement professionnel continu, missions de service public assurées par le secteur privé, convergence tarifaire... autant de dossiers laissés à l'abandon par nos instances. Ces sujets sont pourtant garants de l'efficacité et de la qualité de notre travail et doivent retrouver leur vraie place au sein du projet libéral.

C'est pour défendre et promouvoir l'exercice libéral que le SML poursuit le combat. Nous devons profiter de l'opportunité qui nous est offerte d'une volonté du Sénat de proposer une vision alternative du système de santé. Le SML a pour objectif de placer l'entreprise libérale au cœur de cette vision alternative. Pour cela, le SML participe ardemment à la conception d'un nouveau modèle. Sur le plan de la mobilisation du terrain, le SML encourage à perpétuer une contestation tenace et prolongée ayant pour objectif de sensibiliser la population et les médecins aux dangers de cette loi afin que demain nous soyons plus nombreux et plus forts pour engager un nouveau bras de fer lors du retour de la loi à l'Assemblée Nationale. Le combat est loin d'être terminé, vous devez en être persuadé. Le SML vous encourage à devenir acteur dans cette nouvelle démarche qui est d'informer au sein de vos cabinets la population sur les dangers de cette loi et à prendre part aux actions locales pour la contester.

Vous n'êtes pas sans savoir que les élections régionales de décembre et que la présidence de 2017 sont des enjeux électoraux forts dont vous pouvez influencer le cours.

Le SML compte sur votre mobilisation. ■

Dr Eric HENRY
Président du Syndicat
des Médecins Libéraux





Proposer de nouvelles organisations pour ne pas sacrifier la qualité des soins



Avant de parler du projet de loi santé, il paraît important de faire le point sur l'état d'esprit et les questionnements du médecin hospitalier depuis la dernière loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST).

Celle-ci, bâtie sur les propos du Président de la République « il faut un seul patron à l'hôpital et cela doit être le directeur », a renforcé de façon importante les pouvoirs du directeur, au détriment du pouvoir médical et en particulier de la commission médicale d'établissement (assemblée élue par les médecins), avec suppression du vote du budget, des investissements, de la nomination des médecins travaillant à l'hôpital.

Signalons aussi que le pouvoir de la tutelle, l'Agence Régionale de santé (ARS), sur le directeur a été renforcé, créant une tutelle de fait. Les pôles devaient être mis en place, avec un chef de pôle médecin (nommé par le directeur), un budget et une délégation de gestion importante avec intéressement sur les résultats. Dans la pratique, les pôles ont été créés, les chefs de pôles nommés, mais ni la délégation et ni l'autonomie n'ont été mis en place. Par ailleurs les médecins doivent faire des plannings prévisionnels de présence et les transmettre

pour validation à l'administration, puis des plannings réalisés, avec comptage à la demi-journée, par quadrimestre, comme un paramédical. Donc le médecin hospitalier a été blessé par la mise en place de

“ Cette loi nous paraît être en continuité de la précédente dans la mise au pas du médecin. ”

cette loi, qui au lieu de lui donner de l'autonomie dans son organisation pour développer son activité, génératrice de recettes (tarification à l'activité, qui est médicale et non directoriale), l'a mis sous la tutelle du directeur et mis au rang d'un « professionnel de santé ».

Ceci est également en contradiction avec les promesses du candidat François Hollande au cours de la campagne présidentielle, d'un rééquilibrage des pouvoirs entre directeur et médecins à l'hôpital. Donc une attente forte du médecin hospitalier, de rééquilibrage dans la loi, et même une focalisation sur cet unique sujet de nombreux syndicats hospitaliers.

Pour le Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH), seul syndicat hospitalier à avoir appelé à manifester contre le projet de loi santé, les inconvénients de ce projet de loi

sont supérieurs aux avancés. Cette loi nous paraît être en continuité de la précédente dans la mise au pas du médecin, que l'on veut reléguer au niveau des autres professionnels de santé comme les infirmiers, manipulateurs, kinésithérapeutes etc..., avec remise en cause de ses prérogatives et de ses responsabilités médicales vis à vis des malades ; ainsi, en est-il du nouveau concept de pratiques avancées, avec possibilité pour une infirmière de faire des diagnostics et des prescriptions sans la responsabilité explicite d'un médecin. Cette dérive correspondant à une segmentation des tâches/processus est une constante dans la politique de santé depuis de nombreuses années, mais cette loi traduit une accélération de ce processus : cette conception par segmentation de la prise en charge des patients remet en cause la responsabilité médicale ; elle est grave pour les patients souvent confrontés à une multitude d'intervenants car les médecins ne pourront plus assumer leurs obligations déontologiques auprès des patients ; ceci justifie en grande partie notre mobilisation.



De là, on peut mieux comprendre, à notre avis, la création du service territorial de santé au public, la régionalisation de la santé, avec un rôle accru des ARS dans la convention, la liberté d'installation, et bientôt la modulation des tarifs.

La généralisation du tiers payant est à ce titre exemplaire. C'est un engagement politique, qui a un large soutien de la population, car on lui explique que de nombreux patients renoncent à des soins par faute de pouvoir faire l'avance de frais, sans préciser que cela concerne principalement le dentaire et l'optique. Une politique de santé fondée sur la désinformation et le mensonge est en train d'être bâtie. Alors que la réalité est qu'une déresponsabilisation du patient, ne pourra que générer un risque d'augmentation des dépenses, car l'acte de soins gratuit déresponsabilise et ne fait voir que les droits pour occulter les devoirs. Quand les médecins mettent en doute la performance technique des systèmes d'information (erreur et longueur de traitement) et considèrent qu'une fois de plus il va y avoir un transfert de tâches administratives des caisses vers eux et qu'en plus c'est eux qui assumeront le risque financier, on les traite de nantis et de corporatistes.

La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est intéressante. Il va y avoir obligation pour tous les hôpitaux de s'associer par territoire avec une définition, qui toutefois n'est pas arrêtée, et actuellement très variable suivant les régions. Il y aura une définition d'un projet médical commun partagé, et création d'une direction commune - mais malheureusement pas d'instance médicale à l'échelle de ce GHT - et gestion sur un hôpital pivot des systèmes d'information, des départements d'information médicale, de la politique des achats et de la qualité et des plateaux medico-techniques ...à nouveau assimilés à un support technique ! L'objectif réel de ces GHT, n'est-il pas de faire ce qu'au niveau national et régional il n'a pas été possible de faire, souvent par manque de courage politique (oui pour fermer ... mais chez l'autre), c'est-à-dire diminuer l'offre de soins hospitalière, c'est-à-dire fermer des sites ou des activités, diminuer le nombre de lits, c'est à dire faire des économies en diminuant le personnel. Et quid des autres structures de soins (médecine ambulatoire ou clinique) ? Comment vont-elles s'intégrer dans ce maillage ? A priori ce n'est pas prévu, comme si l'hôpital et bientôt les GHT existaient et pouvaient fonctionner en autarcie.

Alors bien sûr, les discussions, les négociations et les amendements ont permis de modifier le texte de loi, d'infléchir certaines positions, mais les grands axes du texte perdurent. Et puis, il y a de nombreux manques, en particulier l'absence de vision d'une politique nouvelle de la santé en France qui répond aux enjeux des contraintes économiques. On a l'impression que les mutuelles prennent de l'importance, à côté de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), mais cela n'est pas annoncé ni assumé, car cela revient en partie à privatiser les régimes sociaux. L'hôpital est en crise mais rien sur l'attractivité pour les médecins, en dehors d'un groupe de travail, un de plus, sans lien avec cette loi.

L'imagerie, spécialité pour laquelle le conseil professionnel national (G4) a un projet pour mieux répondre aux enjeux à venir face à la baisse de la démographie, (augmentation des besoins en imagerie, développement des nouvelles techniques et la radiologie interventionnelle) est encore oubliée. Après huit ans de lutte pour les plateaux d'imagerie mutualisés, et quand même une loi, mais sans publication des décrets d'application, pas d'intégration dans le projet de loi, et même une opposition probable du ministre. Mais la profession reste mobilisée et chaque composante agit, avec comme objectif un amendement soutenu par le Sénat. Le SRH est présent à toutes les réunions du G4 pour défendre ce projet, travaille avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) pour expliquer l'intérêt de ce projet pour les hôpitaux, qui pourrait être complémentaire des GHT et non en opposition, et avec les syndicats pluricatégoriels hospitaliers pour obtenir leur soutien.



Décidemment, il serait temps que tous les médecins et pas que nos collègues urgentistes soient écoutés ; en particulier, il est plus que temps que les archaïsmes d'organisations dépassées et hors sol soient abolis et que la politique de santé ait comme seul objectif de mieux traiter les patients en tenant compte des contraintes économiques. Qui mieux que les médecins peuvent proposer ces nouvelles organisations pour ne pas sacrifier la qualité des soins ? Qui mieux que les instances représentatives de la radiologie peuvent proposer les nouvelles organisations de l'imagerie ? ■

Dr. Pascal BEROU
Président du SRH



MAXIMISEZ

votre potentiel diagnostique.

SIGNA* Explorer

La technologie avancée du SIGNA Explorer vous permet de découvrir de nouveaux horizons en IRM :

- **Qualité d'image exceptionnelle** : accédez aux nouvelles avancées cliniques, notamment les dernières technologies 3D.
- **Confort patient étendu** : réduisez le bruit jusqu'à moins de 3dbs par rapport au niveau sonore ambiant.
- **Investissement pertinent** : profitez de la qualité reconnue de notre aimant tout en conservant un TCO minimisé.

©2015 General Electric Company - Tous droits réservés.
Communication Marketing GE Medical Systems.
Société en Commandite Simple au capital de 85.618.040 Euros.

Mentions obligatoires du SIGNA Explorer (6433265-1/5433266-1):
Les systèmes SIGNA Explorer sont des scanners à résonance magnétique corps entier conçus pour offrir une résolution et un rapport signal-bruit élevés avec des durées d'acquisition courtes. Ces systèmes sont des systèmes d'imagerie diagnostique destinés à produire des images axiales, sagittales, frontales et obliques, des images spectroscopiques, des cartes paramétriques, et/ou des images de spectre et dynamiques des structures et/ou fonctions du corps entier. Des produits de contraste peuvent être utilisés en fonction de la région d'intérêt explorée.

Class IIa / Manufacturer: GE HEALTHCARE COMPANY LIMITED
Organisme notifié: LNE/G-Med (0459). Se reporter systématiquement à la version complète du manuel de l'utilisateur et lire attentivement toutes les instructions afin de garantir la bonne utilisation de l'appareil médical.
Dernière révision : 23/Dec/2014 ZINC : JB29148FR

Marques déposées de General Electric company.



imagination at work



Loi de santé : les amendements

Le projet de loi de santé présenté en Conseil des ministres le 14 octobre 2014 a été voté en première lecture le 14 avril par l'Assemblée nationale.

La mobilisation des médecins et des autres professions de santé, hostiles au projet, a forcé le Gouvernement à amender fortement le texte qui est passé de 53 articles à 203, sans parler des articles modifiés. Parmi eux, un amendement a été introduit à la demande de la FNMR pour éviter que les équipements lourds soient attribués exclusivement aux établissements de service public.

Ci-dessous, les principales modifications votées par l'Assemblée nationale. Le Sénat en débattrait dans le courant du mois de septembre.

➔ Titre 1^{er} Renforcer la prévention et la promotion de la santé

De nombreux amendements ont été adoptés qui apportent des précisions, par exemple sur la lutte contre le tabagisme, mais ne modifient pas l'organisation générale de ce titre. On note les amendements relatifs à la lutte contre l'anorexie qui avaient été refusés en commission.

➔ Titre II Faciliter au quotidien les parcours de santé

L'article 11 qui créait le Service Territorial de Santé au Public (STSP) est remplacé par l'article 12 bis qui définit les Communautés professionnelles territoriales de santé.

Les professionnels de santé, principalement de premier recours, peuvent constituer une communauté afin de mieux coordonner leurs actions et de favoriser la structuration du parcours de santé. A défaut, l'Agence Régionale de Santé (ARS) prend, en concertation avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

Un pacte territoire santé est créé (Article 12 ter) destiné à promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires.

L'article 18 modifie la généralisation du tiers payant qui

sera réalisée par étapes. L'assurance maladie est chargée de son déploiement. Elle doit aussi assurer la cohérence et la performance des dispositifs de tiers payant.

L'article 26 modifie le Service Public Hospitalier (SPH). Il ne retient plus l'obligation d'assurer la totalité des 14 missions de service public pour les établissements privés. En revanche, il maintient l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les médecins exerçant dans les établissements privés participant aux missions du SPH.

Un amendement précise que pour l'application des règles régissant les autorisations d'équipements lourds, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier. Cet amendement, introduit à la demande de la FNMR, permet que les autorisations ne soient pas exclusivement réservées aux établissements publics ou assurant le SPH.

La nouvelle version n'apporte que des précisions sans modifications importantes sur les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT).

➔ Titre III Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Chaque professionnel de santé doit s'engager dans une démarche de développement professionnel continu (DPC) tous les 3 ans et non plus chaque année (Article 28). Les actions de DPC réalisées par les professionnels de santé sont retracées dans un document.

→ Titre IV Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Dans les territoires frontaliers, l'article 38 impose que le schéma régional de santé (SRS) comporte un volet transfrontalier prenant en compte les besoins et l'offre disponible dans le pays voisin.

→ Titre V Mesures de simplification

L'article 50 du projet de loi prévoyait que le Gouvernement pouvait modifier par ordonnance le code de la santé publique pour préciser et simplifier les relations du manipulateur d'électroradiologie avec les différents professionnels de santé. La nouvelle rédaction (article 51 ter) précise :

" Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne, non médecin, qui exécute, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin, des actes professionnels d'électroradiologie médicale.

« Le cas échéant, le manipulateur d'électroradiologie médicale intervient sous l'autorité technique d'un radiophysicien pour les activités de physique médicale mises en oeuvre au cours de la préparation ou de la réalisation des actes exposant aux rayonnements ionisants. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, définit les actes ou les activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont effectués.

« Le manipulateur d'électroradiologie médicale peut également, dans le cadre prévu à l'article L. 5126-5 et sous l'autorité technique d'un pharmacien, aider à réaliser les actes définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de pharmacie ". ■



Médaille
FNMR

Les Docteurs Coliez et Richier honorés



A l'occasion de l'Assemblée générale du mois de juin, Jean-Philippe Masson, président de la Fédération, a remis la médaille de la FNMR aux **Drs Jean-Philippe Coliez et José Richier**. Cette distinction est une marque de reconnaissance pour leur carrière professionnelle et pour leur engagement et leurs activités au service de la profession, en particulier au sein de la FNMR.

Le Dr Jean-Philippe Coliez est issu d'une lignée de médecins sur quatre générations. Après ses études à Paris, il s'installe dans le Var en 1973. Il a participé activement à l'organisation du dépistage du cancer du sein. Dès son installation, il adhère au syndicat des radiologues libéraux des Alpes-Maritimes dont il deviendra secrétaire puis président en 1999.

Le Dr José Richier a fait ses études de médecine à Marseille puis sa spécialisation à Paris. En 1968, il s'installe à Bezons dans le Val d'Oise. Engagé tôt dans le syndicalisme, il deviendra président du syndicat des radiologues libéraux de son département en 1976. Il est actuellement délégué de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).

Nous adressons aux deux récipiendaires nos plus vives félicitations.



GE Healthcare a démontré depuis de nombreuses années son expertise dans le domaine des solutions de post-traitement et en particulier pour les serveurs d'applications avancées. Grâce à des applications régulièrement enrichies, complétées, et rendues plus faciles dans leur utilisation et leur intégration, les serveurs d'applications de GE Healthcare sont largement répandus au sein de l'imagerie française, qu'elle soit de diagnostic, interventionnelle ou encore de suivi de traitement.

GE Healthcare annonce la mise sur le marché d'une nouvelle version de l'AW Serveur, qui offre une ergonomie particulièrement travaillée, de nouvelles applications cliniques et une facilité de prise en main accrue.

Les équipes de développement de cette solution, basées à Buc dans les Yvelines, et fortes de près de 80 ingénieurs, s'efforcent de concevoir ces applications en liens étroits avec les besoins de nos clients en France.

A Buc, GE Healthcare propose une infrastructure de premier plan permettant aux radiologues et manipulateurs français de se former, de même que la mise en ligne d'un portail de formation continu et d'assistance à distance permet à tout moment de se sentir accompagné dans l'exploitation des ressources de l'AW.

Avec cette dernière version de l'AW Serveur, GE Healthcare confirme son investissement en matière de post-traitement, que ce soit pour le scanner, l'IRM, l'interventionnel ou encore l'imagerie moléculaire, et se tient à la disposition de ses clients actuels et futurs pour des démonstrations à la demande ou encore à l'occasion des prochaines JFR.

GE Healthcare



Fiche éditeur

1. Société :

| | | |
|------|--|--|
| 1.1 | Nom officiel (déclaré au registre du commerce) | GE MEDICAL SYSTEMS |
| 1.2 | Sigle ou nom commercial utilisé | GE HEALTHCARE |
| 1.3 | Numéro de SIRET | 315013359 00155 |
| 1.4 | Adresse du siège social et des éventuels établissements | 283 rue de la Minière – BP 34 – 78533 BUC CEDEX ETABLISSEMENT : 24 avenue de l'Europe – CS 20529 – 78457 VELIZY CEDEX |
| 1.5 | Date de création de la structure | 26 janvier 1979 |
| 1.6 | Statut juridique (S.A., S.A.R.L., S.A.S., ...) | S.C.S. Société en Commandite Simple |
| 1.7 | Nom du ou des dirigeants | Gérant : Jean-Michel OBADIA Directeur Général France : Christophe LALA |
| 1.8 | Chiffre d'affaires en 2014 (ou 2013 si pas disponible) en K€ pour la totalité des produits et services | 1 366 315 212 € |
| 1.9 | C. A. en 2014 (ou 2013 si pas disponible) en K€ dans la vente et les services sur les serveurs d'application | N/A |
| 1.10 | Nombre d'employés (de la totalité de la société) | 2 422 |
| 1.11 | Nbre d'employés (de la partie serveur d'application) | 80 |

2. Produit :

| | | |
|------|--|---|
| 2.1 | Nom commercial principal | AW Server |
| 2.2 | Numéro de version en commercialisation | Gen 3 |
| 2.3 | Date de la première commercialisation (de la dernière version) | 01.01.2015 |
| 2.4 | Système d'exploitation et/ou technologie | GE HELIOS 6.5.3 (Linux) |
| 2.5 | Nom de la ou des bases de données utilisée(s) (Nom & version) | SQL |
| 2.6 | Plateforme de développement principal (Nom & version) | Propriétaire |
| 2.7 | Couche middleware | VMware |
| 2.8 | Nombre total de sites installés (total : public) | 180 |
| 2.9 | Nombre total de sites installés (total : privé) | 200 |
| 2.10 | Publication d'un IHE Integration Statement | Non |
| 2.11 | Compatible avec les modalités suivants | CT, MR, TEP, CR, DX, RF, XA, US, NM et MG |

3. Service et support :

| | | |
|-----|--|--|
| 3.1 | Lieu, implantation | Siège Européen à Buc Agence locale en région |
| 3.2 | Type de support technique (Téléphonique, en ligne, fax, ...) | Techniciens et ingénieurs terrains Support à distance ApsLink Support téléphonique |
| 3.3 | Jours et heures d'ouverture du support technique | Jours ouvrables 8h-18h |
| 3.4 | Nombre de personnes dédiées (Support technique, hors intervention) | 16 supports techniques de 1 ^{er} niveau et 4 supports experts de 2 nd niveau |

4. Les tarifs « public » :

Configuration de base :

- 150 lits, 5 services MCO, 20 intervenants spécialistes, IRM, scanner, 2 échos, 2 amplis de bloc, 200 patients/jour, 3 postes d'interprétation et volume d'archivage sur 2 ans.

| | | |
|-----|--|-----------------------------------|
| 4.1 | Type de licence (Par poste, par serveur, par accès concurrentiel) | Accès concurrentiel, licence site |
| 4.2 | Prix de la configuration standard | N/A |
| 4.3 | Coût d'exploitation et de maintenance (En % du prix d'achat) | 14 en moyenne |
| 4.4 | Prix d'une intervention sur site (Intervention d'une journée en euros et hors déplacement) | 1 200 |



Grille technique

Société

| | |
|---|---|
| Site web | http://www3.gehealthcare.fr/fr-fr/products/categories/visualisation_avancee/platforms/aw_server# |
| Année d'existence du serveur d'application (avec le même nom) | 2009 (pour la première version, dernière version commercialisée en 2015) |
| Nombre de sites libéraux (en France) | 180 |
| Nombre de sites hospitaliers (en France) | 200 |
| Nombre d'installations du serveur d'application (Monde) | 1 880 |

Produit

| | |
|--|----------------|
| Type interface (web, client/serveur, ...) | Client serveur |
| Fournisseur de matériel | HP |
| Stockage (DAS, NAS, SAN, ...) | DAS |
| Nombre mise à jour par an (majeure et mineure) | 3 |

Fonctions & normes

| | |
|---|---|
| Norme ISO 9001 (Console) | ISO 9001 : 2008 - ISO 13485 : 2003 |
| HL7 | Non |
| IHE | Oui, standard DICOM |
| Compression (Jpeg, Jpeg 2000, Ondelette) | Non |
| Gestion multi-dossiers | Oui |
| IHM Encours et recherche multicritère | Oui |
| PACS Compatible : nom des PACS déjà interconnectés | Carestream, Global imaging, McKesson, Fuji, Telemis, Vepro, Agfa, Medasys, Intelerad, Sectra, Siemens, General Electric |
| RIS Compatible : nom des RIS déjà interconnectés | EDL |
| Modalités d'imagerie compatibles : nom des modalités déjà interconnectés | CT, MR, TEP, CR, DX, RF, XA, US, NM et MG |
| Gestion fichier externe (PDF, Jpeg, ...) | Non |
| Numérisation des documents | Externe |
| Viewer web externe disponible | Non |

Distribution & diffusion

| | |
|--|---------------|
| Intra service | Oui |
| Accès radiologue de garde | Oui |
| Intra établissement | Oui |
| Correspondant extérieur : envoi mail, images | Oui – Externe |
| Filming | Oui |
| Gravage sur support amovible | Oui |
| Exportation des images | Oui |

Exploitation image

| | |
|---|--|
| Travail dès la 1 ^{ère} image | Oui |
| Outils de base (Zoom, mesure, annotation, ...) | Oui |
| MIP/MPR/MPVR | Oui |
| 3D (+ nom du produit) | Oui – AW Server |
| Outils spécifiques spécialisés | Vasculaire, TAVI, Cardiologie, Suivi Recist, nodule pulmonaire, fusion, perfusion, colonoscopie virtuelle, IRM |
| Images clés | Oui |
| Comparaison examens dates différentes | Oui – multi-modalités et multi-constructeurs |
| Comparaison examens origine, format et support différents | Oui – multi-modalités et multi-constructeurs |
| Importation et intégration de CD extérieurs ou autres docs. | Oui – multi-modalités et multi-constructeurs |
| Syncronisation des images ; recalage auto | Oui – Integrated Registration |
| Nombre de moniteurs utilisables | 1 ou 2 – au choix // Paysage ou Portrait – au choix |
| Fonctionnalités supplémentaires rendant le produit unique | Personnalisation – Ergonomie – Outils Vasculaire et TAVI – Rapports automatiques et reproductibles |

Spécificités techniques

| | |
|--|--|
| Protocoles réseau (N-couches) | 5 à 7 modèle OSI |
| Type de client (lourd, léger etc) | Client lourd – installation et déploiement un click |
| Base de données images | Propriétaire |
| Interface PACS (pré-fetching etc?) | Dicom send, Query & Retrieve, Pre-fetching, MPPS |
| Gestion des clients distants (connexion, droits utilisateurs, Time out, etc) | Compte utilisateurs personnalisés, intégration Active directory, droits utilisateurs, Time Out paramétrable |
| Répartition de charges (clusteurs de serveurs, serveurs spécialisés, etc) | Oui avec Universal Viewer GE |
| Pooling de connexions | Non |
| Reprise sur incidents et disponibilité | Pas de reprise sur incident - disponibilité en fonction du contrat de service avec le fournisseur ou l'hébergeur |

Engagements (existent-t'ils ?)

| | |
|----------------------------------|-----|
| Maintenance | Oui |
| Service level agreement | Oui |
| Plan de reprise d'activité | Oui |
| Plan d'amélioration des services | Oui |



Prix d'une configuration modèle :

L'offre devra être exprimée en TTC, avec ou sans matériel avec maintenance curative et évolutive (avec ou sans matériel), et la formation.

Description du site :

Une IRM, un scanner.

8 000 examens par an sur l'IRM, et 12 000 examens par an sur le scanner.

10 radiologues exercent sur ce site dont 5 maximum en simultané.

| 26/02/2015 | Tarif TTC sans matériel | Tarif TTC avec matériel | |
|---|-------------------------|---|--------------------|
| Server d'applications avec le pack de base (préciser exactement le contenu) | N/A | AW Server L 55 000€ AW Server XL 85 000€ AW Server XXL 105 000€ Serveur garanti 1 an + formation sur site personnalisée | |
| | | MR | CT |
| Pack vasculaire | N/A | 20000 | 20000 |
| Pack cardiaque | N/A | 30000 | 30000 |
| Pack oncologie | N/A | 25000 | 30000 |
| Pack interventionnel | N/A | N/A | 15000 |
| Pack perfusion | N/A | 15000 | 15000 Neuro + body |
| Autres | | | |
| Logiciel de Fusion | N/A | N/A | 5000 |
| Recalage automatique | N/A | 5000 | 5000 |
| Poste client 1 écran 27p | | 5000 | 4000 |
| Poste client 2 écrans 24p | | 4000 | 4000 |
| | | 4000 | |

Maintenance (en TTC, par an) : avec un engagement sur 4 ans.

| | Sans matériel | Avec matériel |
|-------------------------|---------------|---------------|
| Maintenance curative : | N/A | 12% |
| Maintenance évolutive : | N/A | 16% |

Formation (en TTC et par personne) : une session de 4h jusqu'à 6 personnes : 960 € TTC.

Ensemble des 10 radiologues + 2 manipulateurs référents (formation sur site non dissociable de l'offre de base).

| Formation | 10 jours sur site : 10 000€ | Formations classroom à Buc (siège GE Healthcare - 78) personnalisées |
|-----------|-----------------------------|--|



Les dépenses de l'assurance maladie : avril 2015

Les dépenses d'assurance maladie enregistrent un recul de 0,1 point en avril.

Les versements aux établissements publics suivent la même tendance. La baisse est beaucoup plus forte pour les soins de ville qui passent de 5,0% en mars à 4,6% en avril.

Les versements aux établissements privés sont en hausse de -0,2% à 0,4% mais ne comptent que pour une faible part dans le total des dépenses. Les prestations médico-sociales progressent de 0,5 point à 2,2%.

Dans l'ensemble des soins de ville, le taux de progression des dépenses est en baisse pour les honoraires (3,4% à 3,2%)

et pour les prescriptions ainsi que pour les consultations et visites. Il augmente, au contraire, pour les actes techniques de 3,3% à 3,6%.

Au sein des actes techniques, la hausse du taux de progression des actes d'imagerie reste inférieure à 1 point avec 0,8% pour les échographies (contre 0,5% en mars) et 0,6% pour les autres actes (contre 0,2% en avril).

La progression des forfaits techniques est similaire à celle du total des dépenses avec 2,2% pour les scanners et 2,7% pour les IRM. ■

Dépenses de l'assurance maladie - Avril 2015 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine - Milliers d'euros - % en PCAP)

| Prestations | Avril 2015 en euros | Avril 2015 en % |
|---|------------------------|--------------------|
| Consultations | 2 034 405 | 0,3% |
| Visites | 255 563 | -0,7% |
| Actes Techniques (*) | 2 331 454 | 3,6% |
| Dont actes d'échographies | 387 522 | 0,8% |
| Dont actes d'imagerie (hors échographie) | 474 342 | 0,6% |
| Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables | 332 013 | 3,1% |
| Dont scanner | 125 562 | 2,2% |
| Dont IRM | 173 588 | 2,7% |
| Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires) | 6 594 378 | 3,2% |
| Total prescriptions | 16 515 905 | 5,1% |
| Total soins de ville | 23 110 285 | 4,6% |
| Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public | 18 756 870 | 1,1% |
| Total versements aux établissements sanitaires privés | 3 780 808 | 0,4% |
| Total prestations médico-sociales | 5 409 453 | 2,2% |
| Total statistique mensuelle des dépenses | 55 335 875 | 2,6% |

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



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Les bureaux de la **FNMR**
et de **FORCOMED** seront
fermés du lundi 3 août, au
mercredi 26 août 2015 inclus.
BONNES VACANCES À TOUS.





Dr Jean-Louis DALBAN

Nous venons d'apprendre le décès le 7 juin 2015 du **Docteur Jean-Louis DALBAN**, à l'âge de 68 ans. Il était médecin radiologue retraité à AIX-LES-BAINS (73).

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



Nous vous faisons part du décès de notre confrère **Jean-Louis DALBAN**, le 7 juin 2015, à l'âge de 68 ans, des suites d'une longue maladie.

Jean-Louis était installé à Aix-les-Bains depuis 1982, il avait effectué ses études de radiologie à Grenoble.

Il est membre depuis son installation de la FNMR.

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances, nous en garderons le souvenir d'un confrère cordial et sympathique.

Docteur Eric TEIL

Bureau Régional Rhône Alpes
FNMR Savoie



Chers amis,

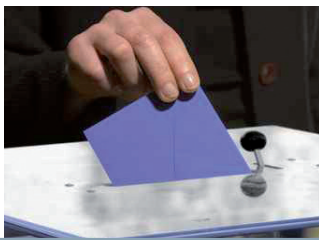
J'ai beaucoup de tristesse à vous informer du décès ce dimanche du **Docteur Jean-Louis DALBAN**, médecin radiologue en Savoie, que beaucoup d'entre nous ont pu connaître et apprécier en tant que collègue radiologue, mais aussi beaucoup en tant qu'ami.

Les médecins radiologues de l'Isère s'associent à la douleur de sa famille, de ses collègues et de tous ses amis.

Docteur Eric MOVET

Syndicat des médecins radiologues de l'Isère.

Vie fédérale



ILLE-ET-VILAINE

Le Syndicat des radiologues d'Ille-et-Vilaine a procédé au renouvellement de son Bureau le 24 juin 2015 :

| | |
|----------------------|---|
| Président : | Dr Jérôme POIRIER (Saint-Malo) |
| Vice-Président : | Dr Christophe LUCAS (Saint-Grégoire) |
| Secrétaire : | Dr Yann PHAM (Rennes) |
| Secrétaire adjoint : | Dr Jean-François BRUNET (Saint-Malo) |
| Trésorier : | Dr Jean-Charles GUILLAUME (Rennes) |
| Trésorier adjoint : | Dr Dominique JACOB (Rennes) |

VAL-DE-MARNE

Le Syndicat des radiologues du Val-de-Marne a procédé au renouvellement de son Bureau le 6 juillet 2015 :

| | |
|-----------------------|---|
| Président : | Dr Marianne BERR MATTEI (Saint-Maur-des-Fossés) |
| Vice-Présidents : | Dr Jacques BRETON (Maisons-Alfort) Dr Christian HUBER (Ormesson-sur-Marne) Dr Evelyne MAURY (Nogent-sur-Marne) Dr René PAUTOT (Sucy-en-Brie) |
| Secrétaire : | Dr Thierry SITRUK (Maisons-Alfort) |
| Trésorière : | Dr Marie-Noëlle DUCERVEAU (Villiers-sur-Marne) |
| Trésorière adjointe : | Dr Claire RULL ELBAZ (Saint-Maur-des-Fossés) |



Formation

DIPLOME UNIVERSITAIRE D'IRM EN PRATIQUE CLINIQUE 2015-2016

Organisé par les Prs. Alain Luciani et Alain Rahmouni
(Fédération d'Imagerie Médicale – CHU Henri Mondor – Université Paris Est Créteil)

→ PUBLIC CONCERNÉ :

Radiologues libéraux, radiologues hospitaliers, internes de radiologie en fin de cursus et médecins étrangers titulaires d'un diplôme de Docteur en Médecine.

→ OBJECTIFS DE LA FORMATION :

Ce DU a pour but de compléter la formation des radiologues à la réalisation pratique et à l'interprétation des examens d'IRM dans les principales indications et les indications avancées en : ostéo-articulaire, cardiovasculaire, cancérologie, neuroradiologie, abdomen et urogénital. Il s'adresse à un public de radiologue débutant ou non en IRM mais souhaitant acquérir des bases rigoureuses et diversifier sa pratique vers d'autres pathologies.

→ DATES :

Les cours et les enseignements dirigés sont assurés à la Faculté de Médecine de Créteil par des enseignants de la Fédération d'Imagerie Médicale du CHU Henri Mondor mais également de plusieurs CHU de France. Les cours et les enseignements dirigés auront lieu sous forme de 4 séminaires de 2 jours (jeudi et vendredi) :

- ☐ Séminaire IRM ostéo-articulaire : 19 et 20 novembre 2015.
Dr Alison, Pr Drapé, Dr Kulski, Dr Le Breton, Dr Montazel, Dr Pigneur.
- ☐ Séminaire IRM cardiovasculaire et IRM en cancérologie : 28 et 29 janvier 2016.
Dr Dao, Pr Desgranges, Pr Deux, Pr Kobeiter, Dr Mayer, Dr Pigneur, Pr Rahmouni.

- ☐ Séminaire IRM neuroradiologie : 10 et 11 mars 2016.

Pr. Boddaert, Dr Brugières, Pr Gaston, Dr Héran, Pr Hodel.

- ☐ Séminaire IRM urogénitale et abdominale : 26 et 27 mai 2016.

Dr Chiaradia, Dr Djabbari, Pr Kobeiter, Pr Luciani, Dr Molho, Dr Pigneur, Pr Roy.

- ☐ Examen final le 27 mai après-midi comportant une épreuve écrite anonyme d'une durée de 2h : questions rédactionnelles courtes, cas cliniques avec images IRM.

Un support informatique (clé USB) regroupant l'ensemble des cours est distribué aux participants.

Nombre de participants limité à 50.

→ MODALITÉ D'INSCRIPTION :

Les pré inscriptions comportant une demande motivée, un curriculum vitae court actualisé (incluant le statut, l'activité professionnelle et les coordonnées du candidat avec Mail) sont à adresser au plus tard le 30 septembre 2015 par mail, à :

Mme Jocelyne FERRANDIZ

Secrétariat d'Imagerie Médicale
CHU Henri MONDOR

51 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94000 CRETEIL.

Tel : 01 49 81 26 31 - Fax 01 49 81 26 32

Mail : imagerie.medicale@hmn.aphp.fr



**Programme de DPC
destiné aux radiologues**
financé et indemnisé par l'OGDPC



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

BULLETIN D'INSCRIPTION PROGRAMMES DE DPC DESTINÉS AUX MÉDECINS RADIOLOGUES

Sélectionnez la(les) session(s) de votre choix et retournez ce bulletin au secrétariat FORCOMED :

| | | |
|---|---|--|
| Exploration des troubles cognitifs et des démences en IRM : implications pronostiques et thérapeutiques | à Paris le 1^{er} octobre 2015 (évaluations entre le 02/09 et le 15/11) | |
| Gestes d'urgence en radiologie : prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire | à Paris le 09 octobre 2015 (évaluations entre le 11/09 et le 15/11) | |
| Exploration des troubles cognitifs et des démences en IRM : implications pronostiques et thérapeutiques | à Paris le 05 novembre 2015 (évaluations entre le 30/09 et le 13/12) | |
| Perfectionnement en échographie mammaire | à Paris le 26 novembre 2015 (évaluations entre le 07/10 et le 29/12) | |
| Perfectionnement en échographie mammaire | à Paris le 27 novembre 2015 (évaluations entre le 08/10 et le 29/12) | |
| L'endométriome : Quand y penser, comment diagnostiquer et quels traitements ? | à Paris le 11 décembre 2015 (évaluations entre le 14/10 et le 31/12) | |

Mme/M. Le Dr : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° RPPS : _____

Département d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Souhaite participer au programme de DPC, aux dates indiquées ci-dessus

Je mandate FORCOMED pour m'enregistrer sur www.mondpc.fr

Je suis déjà enregistré sur www.mondpc.fr

Fait le : _____

Signature : _____

MODALITÉS D'INSCRIPTION : adresser à FORCOMED

- ce bulletin dûment complété et signé
- une feuille de soins Cerfa annulée
- un chèque de règlement des frais de dossier DPC : **Adhérent FNMR : 20,00 €** **Non-adhérent : 40,00 €** à établir à l'ordre de FORCOMED.
- un chèque de caution de 300 €uros à l'ordre de FORCOMED.

Le chèque de caution vous sera restitué en fin de programme, En cas de désistement sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 15 jours avant le début du programme, ou faute de participation à la totalité du programme, ce montant de 300,00 € sera conservé par FORCOMED.

La fiche individuelle de renseignements d'inscription au DPC 2015 vous sera transmise à réception de votre inscription.



ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC



Programme destiné aux manipulateurs
Validant DPC

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

PROGRAMMES DE DPC DESTINÉS AUX MANIPULATEURS

Sélectionnez la(les) session(s) de votre choix et retournez ce bulletin au secrétariat FORCOMED, les modalités particulières d'inscription à chaque programme vous seront adressés en retour :

| | | |
|--|---|--|
| Remise à niveau d'anglais pour une meilleure prise en charge des patients étrangers | E-learning : du 03/09 au 30/09/2015 (avec classes virtuelles : 21/09 + 28/09) | |
| J'améliore la qualité des mammographies | à Paris le 11 septembre 2015 (évaluations entre le 30/09 et le 18/10) | |
| Gestes d'urgence en radiologie : prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire | à Paris le 09 octobre 2015 (évaluations entre le 11/09 et le 15/11) | |
| Dépistage organisé : Actualités et recommandations | à Paris le 19 novembre 2015 (évaluations entre le 02/12 et le 20/12) | |
| Outils d'amélioration du travail secrétaires-manipulateurs Organisation et gestion de la relation humaine | à Paris le 03 décembre 2015 (évaluations entre le 21/12 et le 23/01) | |

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

ACTALIANS (anciennement OPCA-PL)

Autre : Nom :

Adresse :

Désire inscrire à ce programme : Renseignements obligatoires concernant le manipulateur participant :

Mme M. **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

N° d'inscription ADELI : _____

Adresse E-mail du participant : _____

Fait le : _____

Signature :

MODALITÉS D'INSCRIPTION :

Cabinets cotisant à ACTALIANS (anciennement OPCA-PL) : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 € ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire. Ce chèque vous sera retourné après participation à la formation. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le début de formation, ce montant sera conservé par FORCOMED. Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme : les modalités vous seront adressées en retour.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10587 05 **Cherche successeur** - Briançon-Serre Chevalier, cause retraite cherche successeur. SEL 4 radiol. Activité : radio, écho, mammo, scan, IRM (GIE). Pas d'astreinte ni garde
 > Contacter : le 06.07.10.81.82 ou
 Email : j.louis.montesinos@wanadoo.fr

10588 06 **Cherche associé** - Groupe de 6 radiol. 2 sites à Nice Cherche associé pour radio géné, écho, doppler, scan, IRM (8 vacations).
 > Contacter : le 04.97.12.14.69 ou
 Email : radiologiedeldino@wanadoo.fr

10589 06 **Cession parts** - Saint-Laurent du Var, cède parts dans un groupe de 5 radiol. exerçant dans 2 cabinets avec accès IRM et Scanner dont 2 GIE
 > Contacter par Tél : 06.50.22.66.39 ou
 Email : anne.petitmarais@orange.fr

10590 11 **Cherche associés successeurs** - Groupe 16 radiol. en SEP cherche 2 associés successeurs. 1 IRM, 2 scanners, 1 clin. et 2 cab.
 > Contacter le Dr B. MANDOUJ PUJOS au 06.08.06.22.10 ou
 Email : bmp.narbonne@wanadoo.fr

10591 13 **Cession parts** - Cause retraite cède parts dans SELARL 3 radiol., cab sect 1 (radio, mammo num, écho, doppler, pano, ostéo)
 > Contacter le Dr Philippe AMOROS au 06.27.02.33.46 ou
 Email : philippeamoros@voila.fr

10592 18 **Recherche associé** - Vierzon, SCM radiologie remerc. 4^{ème} associé tps plein ou partiel. Augmentation activité et arrivée IRM. Toutes techniques : mammo num plein champ et macro biopsie, interventionnel ostéo-art, scanner. Cabinet labellisé.
 > Contacter par Tél : 02.48.71.05.77 ou
 Email : raspail.compta@wanadoo.fr

10593 26 **Remplacement en vue d'association** - Offre de remplacement en vue d'association dans SELARL 10 radiol., 4 radiothérapeutes. Plateau technique complet avec radio. interventionnelle.
 > Contacter le Dr Yves LEONARD :
 yves_leonard@yahoo.fr

10594 29 **Cherche successeur** - Cause retraite cherche successeur exerce en cab SCP 2 radiol. Radio conv. num, séno, écho, ostéo, dentaire, parts SCAN et IRM.
 > Contacter le Dr FUR au 06.71.29.88.95 ou
 Email : jyfur@free.fr

10595 30 **Cherche successeur** - Cause départ retraite 2016, cherche successeur dans groupe de 5 radiol. travaillant sur 3 sites (dont clinique) SELARL et SCM + Scanner + IRM.
 > Contacter le Dr TARRIT au 06.98.15.92.76 ou
 Email : dominiquetarrit@hotmail.fr

10596 31 **Cherche 2 associés ou collaborateurs** - Service d'imagerie médicale dans clinique (une trentaine de chir.) cherche 2 associés ou collab. Activité polyvalente, plateau technique complet : Scan 1500 FT - IRM 9000 FT - RX-ECHO-SENO-interventionnelle 40 000 actes. Aménagement possible de l'activité d'imagerie en fonction du profil de compétence. Personnalisation du temps de travail.
 > Contacter Dr B. GUERRIN au 06.62.05.16.00

10597 60 **Cherche remplaçant en vue d'association** - Nord de Paris (45kms), SELARL cherche remplaçant régulier (ACCA de préférence) rapidement disponible en vue d'association. Plateau technique complet (4 vacat. scanner et 2.5 vacat. IRM / semaine sur place) équipé PACS diffusible.
 > Contacter par Email :
 secretairecmaud@gmail.com

10564 69 **Cherche associé** - SELARL cherche associé(e) ostéo-art, juillet 2016. 2 cliniques privées, un cab + un GIE pub/priv. Accès imag lourde avec 2.5 scanners et 2.5 IRM dont une 3 Teslas.
 > Contacter le Dr CHEMELLE au 06.80.21.16.32

10598 75 **Cherche ACCA** - Cab radiologie cherche ACCA sect. 2 pour assoc. ou cession. 10 salles : radio, séno, écho avec accès TDM et IRM.
 > Contacter le 06.14.20.40.00 ou
 Email : cin.daumesnil@gmail.com

10599 97 **Cherche Successeur** - Pointe à Pitre. Cherche successeur, cab centre ville, radio conv, écho, mammo num par plaque, accès scanner 5 jrs/mois, 25% de part dans le centre, pas de garde.
 > Contacter par Email :
 pierrethionville@hotmail.com

10585 97 **Cherche associé** - Côte Ouest rech. 1 voir 2 assoc. SELARL 2 associés, 2 cabinets, 1 principal au Port, 1 secondaire à St Gilles. Parts dans 2 GIE d'IRM (12h/semaine actuellement pouvant être étendues à 21h). Activité radio num conv et mammo, scanner conebeam, écho doppler infiltrations et interventionnel articulaire biopsie. Départ prochain en retraite d'un des associés.
 > Contacter par Tél : 06.92.67.12.05 ou
 Email : cimag@wanadoo.fr

DIVERS

10587 05 **Vente ou location matériel** - Vente ou location cab de radiologie dans centre médical multidisciplinaire, centre radio 2 salles + mammo et écho, proche labo d'analyse.
 > Contacter par Tél : 06.18.85.38.48

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

Le Médecin Radiologue
 de France

Directeur de la Publication : Dr Jean-Philippe MASSON
 Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
 Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces
 EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
 Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
 www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
 168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON
 Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
 Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
 Maquettiste : Marc LE BIHAN
 Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutemberg • 15000 AURILLAC
 Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2015

Dès maintenant, déposez vos petites annonces et répondez directement sur le site de la FNMR



PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS

7 coloris au choix

Descriptif

• Formats disponibles :

| | |
|-----------------|-------------|
| 15cm x 20cm | 28cm x 38cm |
| 18cm x 24cm | 21cm x 41cm |
| 21cm x 28cm | 37cm x 37cm |
| 22,9cm x 32,4cm | 37cm x 44cm |
| 24cm x 34cm | 37cm x 46cm |

L'ensemble des formats est disponible dans les coloris.

Chemises

SANS RABATS

Descriptif

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 24cm x 31cm

AVEC RABATS

Descriptif

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 24cm x 31cm

AVEC RABATS

Descriptif

Formats standards
22,5cm x 31cm - 26,5cm x 37cm - 36,5cm x 43,5cm

AVEC RABATS

Descriptif

Format standard
22,5cm x 31cm

SPÉCIALE PORTE CD

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs
• Impression personnalisée 1, 2 ou 3 couleurs à votre modèle (logos, photos, etc)
• Expédition 2 à 3 semaines avec impression personnalisée

Liste non exhaustive. Autres modèles sur simple demande. N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits Tél. 04 77 72 21 24

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Descriptif

• Formats 28cm x 35cm - 31cm x 41cm - 40cm x 50cm

• Poignée rapportée bleue

• Impression standards

• Expédition sur stock

PERSONNALISÉS

Poignée rapportée

Descriptif

• Formats à votre demande

• Coloris blanc ou couleur à votre choix

• Impression 1, 2 ou 3 couleurs

Livraison immédiate • Produits standards
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents et aussi... cavaliers, papier en tête, cartes de rendez-vous, cahiers de rendez-vous...



Révolution !



ImageetTexte.com - 18867 - Crédits : Fuji, DR, *L'innovation source de valeur.

- ▶ Robustesse accrue
- ▶ Possibilité de prendre plusieurs clichés en mode rafale
- ▶ Poids réduit : 2,6 kg pour le modèle 35x43 cm
- ▶ Résistance aux projections liquides
- ▶ Mémorisation interne des images jusqu'à 100 clichés

Ces équipements sont des dispositifs médicaux de classe IIb à destination des professionnels de santé. Ils permettent d'effectuer des examens et des diagnostics devant être réalisés par un médecin ou un manipulateur. Ceux-ci doivent avoir au préalable pris connaissance et respecter les conditions et recommandations d'utilisation figurant dans la notice fournie avec chaque dispositif médical. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés, qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE 0123.