

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Notre unité est notre force



La fin de l'année approche et, donc aussi, celle des premiers bilans.

Les élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont permis grâce à la mobilisation importante des radiologues l'élection de plus de 50 collègues (tous adhérents FNMR sauf 5) sur les 216 qui étaient candidats. C'est un succès qui va nous permettre d'être représentés partout et pouvoir ainsi défendre les radiologues dans les régions face à la toute-puissance, renforcée par la loi de santé, des Agences Régionales de Santé.

A l'heure où nous mettons sous presse, nous ne savons pas encore quelle sera l'issue du vote de cette loi par l'Assemblée nationale. Nous ne pouvons donc pas savoir si les articles proposés par la profession sur le Projet professionnel Commun (PPC) et la téléradiologie, votés à l'unanimité par les sénateurs, ont été maintenus par les députés.

Les Journées Françaises de Radiologie qui viennent de s'achever ont permis de montrer une nouvelle facette de la FNMR, celle d'une structure capable d'avoir une réflexion économique sérieuse, reconnue par tous, et notamment par les pouvoirs publics qui étaient venus en nombre assister à la session consacrée à la place de l'imagerie dans l'économie. Lors de cette séance a été présentée une étude, commandée par la FNMR, comparant l'imagerie française avec celle de 8 pays européens. Les résultats, en particulier sur les revenus des radiologues, sont en parfaite concordance avec le rapport qui vient d'être publié par l'OCDE ¹ qui confirme un décalage de 27% avec les médecins allemands, notamment.

L'enquête de la FNMR sur l'imagerie en coupe, que vous trouverez dans ce numéro, est également très révélatrice puisqu'elle montre que 5% des IRM et surtout 18% des scanners sont en déficit.

Toutes ces données sont importantes à connaître et doivent être prises en

compte au moment où nous allons commencer les négociations avec la CNAMTS pour un 3^{ème} plan pluri annuel sur l'imagerie.

La FNMR mettra tout en œuvre pour s'opposer à un nouveau plan d'économies, la profession est exsangue ! Seul un plan de stabilisation peut être envisagé.

Les trois mois qui viennent vont donc être déterminants et certainement riches en rebondissements. Les tutelles doivent être convaincues qu'une réforme imposée sans l'adhésion de la profession a peu de chances d'être efficace.

Notre unité est notre force : sachons la préserver et renforcer encore notre poids en convaincant les 20% de radiologues libéraux encore non membres de notre Fédération d'adhérer.

¹ Organisation de Coopération et de Développement Economique

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| ■ FNMR : Conseil d'administration septembre 2015 | 02 |
| ■ Sénat : le projet professionnel commun | 10 |
| ■ Enquête FNMR : scanners, IRM | 12 |
| ■ SRH et SNRO : élections Bureaux | 15 |
| ■ Médaille d'honneur de la SFR : Dr Jacques Niney | 15 |
| ■ Hommages | 16 |
| ■ Vie fédérale : élections Bureaux | 19 |
| ■ Petites annonces | 20 |

■ Annonceurs :

| | |
|----------------|----------|
| FORCOMED | 17 et 18 |
| PMFR | 16 |





Quel plan pour l'imagerie ?

Le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, ouvre le conseil d'administration de la Fédération avec les questions d'actualité, nombreuses en cette période de rentrée avec, notamment, le projet de loi de santé et le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016. La Fédération a d'ailleurs engagé une série de rencontres sur ces sujets avec les tutelles : cabinet du ministère de la santé, responsables des plateaux techniques de la DGOS¹, CNAM².

Rendez-vous avec les tutelles



Dr Jean-Philippe Masson

Jean-Philippe Masson, accompagné d'une délégation de la FNMR, a rencontré le directeur général de la CNAM, Nicolas Revel. L'ordre du jour a porté sur le bilan du plan pluriannuel d'imagerie dont les dernières mesures, mises en œuvre en juillet 2015, ne pourront être évaluées qu'à la fin de l'année. La FNMR a indiqué qu'un nouveau plan pluriannuel est souhaitable pour donner de la visibilité aux cabinets de radiologie. Mais ce futur plan doit être de stabilisation, l'imagerie médicale n'étant pas en mesure de supporter de nouvelles économies. La recherche d'une meilleure pertinence des actes au travers de demandes d'examen plus adaptées est une piste. Le président a notamment insisté sur les difficultés des cabinets d'imagerie et en particulier sur la mauvaise situation financière des centres de scanner en raison de la décote du second forfait technique en cas d'acte double.

Le directeur général de la CNAM a indiqué que conformément à la convention qui lie la Caisse à l'Etat, une action sera engagée sur la pertinence des actes. Il s'agira d'une campagne menée auprès des médecins généralistes sur la pertinence de certaines demandes d'examen afin de limiter la croissance des volumes d'actes. Le directeur souhaite mettre en place un mécanisme de baisse de tarifs dans le cas où la maîtrise des volumes ne serait pas atteinte. Lors de l'université d'été de la CSMF, le directeur général de la CNAM a semblé prêt à des revalorisations de certains actes à condition de diminuer les volumes.

Il est à remarquer que les derniers rapports publiés par l'Etat³ ne font pas mention de la radiologie, ce qui est nouveau. Le Projet de Loi de Financement pour la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2016 ne mentionne que l'action sur la pertinence des actes déjà annoncée l'an passé sur les

demandes d'examen d'imagerie ostéo articulaire par les médecins correspondants.

La Fédération a aussi rencontré un conseiller du ministère de la santé et des responsables de la DGOS, notamment pour défendre les deux amendements à la loi de santé adoptés par le Sénat relatifs au Projet Professionnel Commun et à la téléradiologie (voir dans ce numéro l'article sur les amendements adoptés par le Sénat)⁴. D'autres sujets ont été abordés : l'imagerie en coupe, les IRM, le forfait technique double en scanner, etc.

A l'issue de l'exposé introductif, plusieurs questions sont abordées devant les conseillers et en particulier le risque d'un plan d'économies imposées, le Contrat d'Accès aux Soins, l'IRM 6 séquences, les forfaits techniques doubles.

Plan d'économies et CAS

Jean-Philippe Masson confirme qu'il a informé les tutelles qu'il ne signera pas un plan d'économies que la spécialité ne peut plus supporter.

En ce qui concerne le CAS, il rappelle qu'il s'agit d'un dispositif conventionnel et que le mode de calcul des dépassements autorisés, sur la base des régions, est fixé par la convention médicale. La seule solution possible est une révision du CAS dans la prochaine convention. Jean-Philippe Masson a saisi les syndicats polycatégoriels qui seront amenés à négocier la convention. Bruno Silberman, Premier Vice-Président souligne que la position de la FNMR, avant même la période des plans pluriannuels a toujours été de négocier l'évolution de la profession en acceptant éventuellement des économies mais accompagnées de mesures positives. Un des sujets actuels de discussion est le principe d'efficacité après la publication du rapport charges et produits qui dénonçait l'excès, selon la CNAM, de "prescriptions" par les généralistes d'I.R.M. parfaitement inutiles, non suivies de consultation chez un spécialiste.

¹ Direction Générale de l'Offre de Soins

² Caisse Nationale d'Assurance Maladie

³ Rapport "Charges et produits pour 2016" de la CNAM, rapport annuel de la Cour des comptes.

⁴ L'Assemblée nationale ne s'est pas encore prononcée en deuxième lecture sur ces deux articles au moment où la Revue est mise sous presse.

La négociation conventionnelle avec l'État, où interviennent à la fois des espaces de liberté pour tous et du financement public pour des actions dans les territoires, viendra lors d'une négociation globale, mais seulement après la négociation avec les radiologues.

Une attitude est de refuser toute négociation. Mais il est aussi possible de réfléchir à l'évolution de la profession sur 10 ou 15 ans.

Laurent Verzaux, Vice-Président, considère que les élections aux URPS⁵ seront aussi l'occasion d'affirmer certaines revendications. La participation des radiologues aux URPS sera un moyen d'être entendu. Jean-Philippe Masson informe le Conseil que plus de 200 médecins radiologues sont candidats sur les listes présentées par les différents syndicats pour les URPS. Il les félicite pour leur engagement.

IRM 6 séquences

Lors de la rencontre avec la CNAM, la caisse a alerté la FNMR sur la très forte augmentation des IRM 6 séquences. Le nombre d'examens réalisés et les montants remboursés sont en hausse constante. Un intervenant rappelle que plusieurs avertissements ont été lancés au sein du Conseil d'administration. Mais il considère aussi que la question de la nomenclature d'IRM ne correspond pas à la réalité du travail médical, par exemple en cancérologie ou en cardiologie.



Dr Bruno Silberman

Sur l'IRM 6 séquences, Bruno Silberman précise que, s'il existe un libellé qui décrit l'examen d'IRM réalisé, il est interdit par la CCAM d'utiliser un autre libellé dont le tarif serait plus élevé (ici l'IRM 6 séquences). Dans ces conditions, le président de la FNMR indique que la profession ne peut être tenue pour responsable du comportement de

quelques-uns. Sur ce point, la Fédération ne défendra aucun recours déposé par des radiologues contre la Caisse. Par ailleurs, la SFR⁶ a engagé le chantier de « re-nettoyage » de la nomenclature IRM. Tous les libellés ont été refaits et validés par un groupe de travail commun SFR-FNMR, à l'exception de l'ostéoarticulaire.

Code de la sécurité sociale

Article L162-2-1 : " Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ".

⁵ Unions Régionales des Professionnels de Santé

⁶ Société Française de Radiologie

Forfait technique double

Si un examen de scanner porte sur plusieurs régions, un seul acte doit être tarifé et donc un seul forfait technique sauf exception précisées par la CCAM.

Par exemple, dans le cas d'un scanner abdomino-pelvien, qui est un acte double dont le tarif est de 50,54€ plus le modificateur Z, il faut comptabiliser 2 forfaits techniques. Mais le second subit une décote de 85% et ne vaut donc que 15% du forfait plein.

Si les 2 forfaits sont dans la tranche des 6 000 forfaits, le second est comptabilisé comme un forfait plein mais n'est payé qu'à 15% de sa valeur. Les scanners qui réalisent beaucoup d'examens en urgence ou en cancérologie, donc beaucoup d'actes doubles, sont particulièrement affectés par ce mécanisme qui met à mal leur équilibre financier.

L'objectif souhaité est donc la suppression de ce second forfait technique afin que l'ensemble des 6000 forfaits techniques pleins soient effectivement payés à 100% de leur valeur.

Dispositions générales de la CCAM Article III-3 – B)2 dérogations e) (extrait)

" Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif... "

Il faut ajouter aux exceptions autorisant la facturation d'un acte double et de 2 forfaits techniques : l'abdomen pelvis dont le tarif est bien celui d'un acte double bien qu'il ne soit pas mentionné dans la liste des exceptions.

Produits de contraste

La Fédération a eu connaissance de demandes de remboursement par des caisses d'assurance maladie de produits de contraste. Les caisses arguent qu'il est interdit de prescrire un produit de contraste puis de coter un examen sans injection.

Dans la pratique, le médecin radiologue prescrit un produit de contraste en fonction de la demande du médecin correspondant. Au moment de l'examen, pour diverses raisons, l'utilisation de ce produit peut apparaître inadaptée, par exemple en cas d'allergie. Il appartient au médecin radiologue de décider des modalités de l'examen. Mais dans le cas où le produit n'a pas été utilisé, il faut systématiquement proposer au patient de le reprendre. En cas de refus, il est préférable d'en avoir la trace écrite. De même, le médecin radiologue doit s'assurer qu'aucun service n'établit de prescription de produit de contraste en son nom, sans l'avoir consulté préalablement.

Il est évidemment interdit de stocker le produit et de le réutiliser pour un autre patient, hospitalisé ou non. Dans le cas du patient hospitalisé, il est rappelé que le produit de contraste est compris dans la valeur du GHS.

Imagerie en coupe : convention d'utilisation

Depuis quelques semaines, plusieurs directeurs d'hôpitaux ont dénoncé la convention d'utilisation scanner IRM qui les lie à un groupe de radiologues libéraux.

Ils dénoncent une disposition qui prévoyait que les radiologues prenaient en charge le secrétariat pour la prise de rendez-vous, l'encaissement des forfaits techniques, la frappe des comptes rendus et qu'en contrepartie, l'hôpital, titulaire des autorisations, reversait 20% du montant du forfait technique. La même disposition s'appliquait aux praticiens hospitaliers pour leur secteur libéral.

Ces directeurs sont allés au-delà de la dénonciation

Convention médicale - Article 3 Tarifs des forfaits techniques

.../... Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle).

⁷ Voir l'article, dans ce numéro, sur l'enquête.

puisqu'ils demandent, en plus, que les radiologues versent une redevance, éventuellement rétroactive, sur leurs actes intellectuels pour utilisation du domaine public. Dans un établissement, le directeur a adressé la même demande aux praticiens hospitaliers.

Laurent Verzaux considère que cette attitude nouvelle et inacceptable est motivée par la recherche de ressources supplémentaires en compensation de la baisse des tarifs de forfaits techniques. Ce n'est pas une raison pour céder sur cette question alors que la réglementation prévoit que le forfait technique rémunère l'amortissement et le fonctionnement de l'équipement.

Charte du radiologue et du patient

La Charte du médecin radiologue est ancienne. Elle doit être actualisée et comprendre un nouveau volet qui sera une Charte des patients. Le projet a été préparé par un groupe de travail. Il doit être maintenant soumis aux associations de patients.

Le groupe chargé des relations avec les associations de patients est composé de : Laurent Verzaux, pour le sein, Jean-Christophe Delesalle, auteur de la charte, Jean-Charles Leclerc pour Labelix, Alexandra Coupteu et Paul Marie Blayac.

FNMR aux JFR

Jean-Philippe Masson annonce une séance médico-économique organisée par la FNMR aux Journées Françaises de Radiologie. Associant un intervenant de la SFR, le Pr. Jean-Yves Gaurvit sur l'innovation en imagerie médicale, des économistes et la FNMR, elle permettra de faire le point sur les études économiques conduites par la Fédération et sur les pistes de réflexion de réorganisation du système de santé.

Parmi ces études, celle réalisée par Frédéric Bizard compare l'organisation de la radiologie dans 8 pays européens. L'étude est publiée sous forme d'un livret disponible auprès du secrétariat de la Fédération. Les résultats de l'enquête FNMR ⁷ sur l'imagerie en coupe y seront aussi présentés. Wilfrid Vincent, délégué général, en fait une première présentation pour le Conseil. Le principal enseignement est que 5% des IRM et 18% des scanners sont en déficit sur la base des données 2014 avant la prise en compte de l'impact de l'avenant 8 applicables au 1^{er} juillet 2015.



Radiologie interventionnelle

La DGOS ⁸ a entrepris en juin 2015 un travail sur la radiologie interventionnelle (RI). L'objectif est probablement d'aboutir à un décret définissant la RI, qui détaillerait l'environnement technique et les personnes habilitées à pratiquer cette technique. Cette démarche s'inscrit dans le contexte de l'article 51 de la nouvelle loi de santé, pas encore votée, qui prévoit la simplification du régime des autorisations, notamment en radiologie interventionnelle, d'ici à deux ans. Le plan Cancer 2014-2019 supporte le développement de la radiologie interventionnelle et demande de lever les freins financiers dans les établissements au développement de cette activité. La question des freins économiques au développement de l'interventionnel a été abordée dans



Dr Sophie Aufort

le cadre d'une session aux JFR animée par Sophie Aufort et Hélène Kovacsik avec Jean-Luc Dehaene. Ni les GHS ⁹, ni les tarifs de la CCAM ne sont actuellement adaptés pour les cabinets libéraux ou pour les établissements, qui ne peuvent pas supporter le coût majeur de dispositifs médicaux ultra spécialisés et dédiés.

La DGOS souhaite identifier les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle. Les tutelles exigeront probablement la constitution d'équipes pour la permanence des soins ainsi que pour les activités régulées. Sophie Aufort invite en conséquence les radiologues qui pratiquent l'interventionnel à s'identifier car les autorisations d'activité seront peut être attribuées à des équipes, ou à des équipes dans des établissements. Un questionnaire informatique sera d'ailleurs prochainement envoyé aux adhérents de la FNMR afin de repérer les acteurs de la RI en libéral.

La FNMR a constitué un groupe pour suivre ce dossier, animé par Sophie Aufort avec Sébastien Novellas, Laurent Lardenois, Bernard Woerly et Jean-Luc Dehaene. Le groupe est en relation étroite avec les médecins hospitaliers et avec la FRI (Fédération de radiologie interventionnelle), notamment le Pr Jean Michel Bartoli.

Le groupe de travail ainsi constitué privé/public s'est fixé comme première tâche l'identification des actes de radiologie interventionnelle; en effet nombre d'actes n'ont pas de libellé CCAM et on peut donc difficilement en faire un recensement exact.

Mais la réflexion menée sur la structuration de l'interventionnel est le deuxième axe fort du groupe de travail. La structuration de l'offre a commencé à être discutée lors d'une première réunion au ministère en juin 2015 regroupant des membres de la SFR, autour de Jean-François Meder son président, des représentants de l'ASN, des établissements, de la FHP, de la FEHAP, de la HAS, de l'INCa, ¹⁰ etc. La nouvelle organisation devrait permettre d'homogénéiser les pratiques pour garantir la qualité et la sécurité des soins, avec des seuils comme pour les maternités. Les centres qui n'auraient pas une activité suffisante ne seraient plus autorisés à pratiquer la RI. La difficulté réside dans la caractère très disparate de près de 300 actes identifiés de RI, qu'il faudra segmenter afin d'y faire correspondre des objectifs de formation, de sécurité et de nombre d'actes minimum. Cette segmentation pourrait prendre en compte la complexité et le risque (il s'agit approximativement de la classification actuelle de la FRI en actes de RI de niveaux 1/2/3), soit éventuellement la pathologie ou l'organe. Laurent Lardenois souligne une différence d'approche avec les hospitaliers. Il exprime le souhait que les actes de niveau 1 soient répertoriés mais sans pour autant nécessiter une autorisation pour les réaliser dans les cabinets de ville.



Dr Laurent Lardenois

La réorganisation de l'interventionnel constitue aussi un enjeu en termes d'attractivité et de recrutement de jeunes associés dans les cabinets libéraux.

Un autre enjeu est de convaincre les établissements privés de l'importance de la RI dans l'activité oncologique, constituant un tryptique avec la chirurgie et la médecine. Des entretiens avec la FHP sont en cours.

Dès maintenant, chaque radiologue pratiquant l'interventionnel doit donc impérativement recenser son activité à l'aide du registre national, EPIFRI étant le seul existant et officialisé à ce jour. Il faut également être irréprochable en termes de radioprotection, l'ASN s'intéressant de plus en plus à l'interventionnel. La labellisation permettra d'élaborer des règles strictes, déjà écrites en amont sur l'hygiène, la sécurité, les locaux, l'anesthésie, l'accueil, la prise en charge, notamment en consultation, la participation aux RCP d'oncologie, l'information malade et le suivi post interventionnel.

⁸ Direction Générale de l'Offre de Soins

⁹ Groupe Homogène de Séjour

¹⁰ Autorité de Sécurité Nucléaire, Fédération de l'Hospitalisation Privée, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer

Lymphome à grande cellule post implants mammaires



Dr Marianne Berr Mattei

L'expérience vécue des prothèses **PIP** a démontré l'existence de problèmes à tous les niveaux : **matériel, pose, réaction** entraînant une vigilance accrue nécessaire dans la pose et leur conséquence des matériels pré-implantables mammaires.

L'apparition du lymphome à grande cellule post-implants (**LACPP**) a provoqué le déclenchement d'une réflexion au niveau du ministère avec un plan d'action.

DEVELOPPEMENT : Actuellement, sont dénombrés 173 cas dont 24 français confirmés par double lecture systématique ayant entraîné deux décès en France.

ETAT : Sur les 18 premiers cas, 10 sont secondaires à une chirurgie réparatrice, 8 à un traitement esthétique.

L'hypothèse qui semble se confirmer est qu'il y a une réponse différentielle vraisemblablement en fonction de l'enveloppe de l'implant ; deux formes d'implants : les "**texturés**" remboursés et les "non texturés" plus présents en esthétique.

Les "texturés" sont ceux qui sont le plus utilisé car ce sont ceux qui accrochent le mieux sur un terrain un peu pathologique comme c'est le cas en chirurgie réparatrice.

CAUSE : Le mécanisme physio-pathologique n'est pas encore connu. Plusieurs études, sur la bio-compatibilité, l'étude architecturale des macro-textures et les recherches immuno-toxicologiques devraient permettre d'en déceler la cause.

PATHOLOGIE : Les premiers signes cliniques, s'ils existent, sont une réaction inflammatoire autour de l'implant, qui doit entraîner une échographie afin d'évaluer l'implant et les rapports du tissu environnant ainsi qu'explorer les aires ganglionnaires.

Si doute, une IRM de deuxième intention doit permettre d'effectuer le bilan entraînant une cytoponction et biopsie pouvant faire le diagnostic.

CONDUITE A TENIR : si le diagnostic est envisagé, il doit être obligatoirement envoyé pour une deuxième analyse au **réseau LYMPHOPATH** qui confirmera le diagnostic de lymphome à grande cellule associé aux implants mammaires.

Le ministère a décidé que toute éventualité de diagnostic devra être obligatoirement déclarée au groupe LYMPHOPATH implanté à l'hôpital Henri Mondor (94000 Créteil) qui assurera la transmission sur le registre et la prise en charge par une RCP adaptée associant à la fois hématologue, chirurgien, oncologue etc...

CONSEQUENCES : Des études ont été effectuées par l'InVS * :

le risque statistique actuellement est évalué à 1 à 2 femmes sur 10 000 susceptibles d'avoir un lymphome dans les 10 ans qui suivent la pose des implants.

Au vu de ces données, le ministère a décidé d'agir de façon transparente :

- 1 - d'établir un registre des prothèses mammaires mises en place où les chirurgiens auront le devoir de déclarer le type implanté rapporté à la patiente implantée,
- 2 - **d'informer les patientes** sur les risques des implants par une documentation informant et analysant le risque en cas de volonté d'effectuer ce geste chirurgical,
- 3 - **de répertorier** l'ensemble des cas déclarés,
- 4 - **d'effectuer les études** en corrélant les travaux des industriels, des scientifiques et des médecins pour déterminer le mécanisme physio-pathologique et mettre en place des traitements adaptés par des équipes spécialisées.

Reste le problème des indemnisations...

Dr Marianne BERRE MATTEI

* Institut de Veille Sanitaire

Les structures de gestion

Marianne Berr Mattei fait le point sur les questions en discussion à la FEDOC¹¹. Les thèmes abordés pour le sein sont : la dématérialisation, la L2 et la tomosynthèse. La comparaison avec le dépistage du cancer du col de l'utérus montre que le dépistage du cancer du sein a fait d'importants progrès. Il a été évoqué la nécessité de faire, au niveau national, un cahier des charges pour le cancer du col pour qu'enfin la profession, dans sa globalité, avance. Pour le cancer du colon, l'arrivée d'un test immunologique qui n'a pas de concurrent risque de se traduire par un surcoût.

Lors d'une réunion avec les présidents des structures de gestion, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et la CNAM, cette dernière a manifesté sa volonté de récupérer les fichiers de femmes sans qu'il soit clair si c'était uniquement pour le routage des convocations. La question se pose de savoir si la Caisse Nationale d'Assurance Maladie souhaite conserver les centres de dépistage.

Pour Laurent Verzaux, la Caisse a déjà affiché sa volonté de reprendre les fichiers et l'envoi des invitations. C'est une erreur car les femmes et les correspondants ont, maintenant, des relations régulières avec les structures de gestion. Cependant, la perspective des grandes régions peut remettre en cause l'existence des structures de gestion.



Dr Laurent Verzaux

La tomosynthèse

Laurent Verzaux considère que le congrès de Montpellier sur la tomosynthèse¹² marque un tournant pour cette technique. Elle permet de détecter plus de cancers invasifs.

La tomosynthèse n'est pas reconnue comme valide dans le dépistage organisé et n'a pas de tarification. Il y a néanmoins environ 200 installations en France.

Lors de ce congrès, Brigitte Seradour a rappelé que le dépistage organisé tel qu'il existe en France permet de diagnostiquer 12 000 cancers par an et de prendre en charge des patientes. Cette réalité ne peut pas être écartée pour proposer un dépistage centralisé, comme cela se pratique en Espagne et en Italie dans quelques sites.

Une réflexion est menée au sein du groupe de l'INCa, de la FNMR et de FORCOMED sur un programme à présenter à la DGOS de maillage territorial tenant compte de ces nouvelles

installations en y ajoutant un programme de formation à la tomosynthèse des radiologues par FORCOMED, en relation avec les constructeurs. Il faut également mettre en place un contrôle qualité que l'ANSM¹³ envisage pour 2016. En attendant, il n'y a pas d'urgence à s'équiper alors qu'il n'y a ni tarification, ni de contrôle qualité réellement effectif installé.

Il faudra également réfléchir à une démarche à destination des patients pour leur expliquer le pas technologique qui comporte, néanmoins, une irradiation complémentaire. Cette technique peut être acceptée si son efficacité supérieure à celle du dépistage est prouvée.

Quatre groupes seront formés par l'INCa : un groupe consultations citoyennes, un groupe formation, un groupe femmes à risque et un groupe évolutions technologiques¹⁴.

Personnels des cabinets médicaux

Laurent Verzaux revient sur la proposition qui avait été faite aux syndicats, avant l'été, d'une revalorisation de la grille des salaires de 0,7% pour l'année 2015, avec effet rétroactif au 1er janvier 2015. Cette proposition a été refusée et les syndicats ont annulé la réunion prévue en juillet. En septembre, la même proposition a été refaite, à nouveau refusée ce qui conduit à une année "blanche" pour 2015 faute d'accord des syndicats de salariés.

Pour les appels de cotisations pour les formations avec Actalians, il a été proposé de maintenir le taux conventionnel des années antérieures et le taux de cotisation pour faciliter la formation des personnels. Les syndicats FO - UNSA - CFTC - CFE - CGC représentant 39,9% des salariés ayant signé l'avenant 67 de la convention, il a été possible de signer un accord qui maintient le taux d'appel conventionnel.

Il n'y aura pas d'accord de branche sur la complémentaire santé. Il faudra donc passer des accords d'entreprise.

Laurent Verzaux sollicite l'avis des radiologues concernant la grille des salaires de la branche. Celle-ci comprend 85 000 employés, les radiologues en représentent 30 000. La grille présente peu de différence entre les plus hauts et les plus bas salaires. Par ailleurs, elle ne correspond plus à la réalité. Elle n'intègre pas des métiers nouveaux, qui s'exercent notamment dans les cabinets de radiologie et chez les anaphatologistes, comme les informaticiens, les directeurs, les cadres de santé, les qualitatifs, etc.

¹¹ Fédération des structures de gestion du dépistage organisé des cancers

¹² La tomosynthèse mammaire – Montpellier 10 et 11 septembre 2015

¹³ Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

¹⁴ Brigitte Seradour et Laurent Verzaux sont membres des groupes consultations citoyennes et évolutions technologiques, Luc Ceugnard du groupe formation et Anne Tardivon du groupe femmes à risque.

Radioprotection

Emmanuel Museux expose les développements les plus récents de l'activité de la FNMR vis-à-vis d'un certain nombre d'institutions, les évolutions réglementaires en cours et en perspective dans le domaine de la radioprotection



Dr Emmanuel Museux

La transcription de la directive Euratom :

Actuellement, les radiologues exercent en s'appuyant sur le code de la santé publique et le code du travail qui déclinent deux normes : 96-29 pour le public et les travailleurs et 97-43 pour les patients. En 2013, tout a été remis à plat avec la parution de la directive 2013-59

Euratom, qui consolide ces deux directives ainsi que trois autres : la directive 89/618 concernant l'information du public sur les mesures de protection en cas d'urgence radiologique, la directive 90/641 intéressant les travailleurs extérieurs, la directive 2003/122 concernant les sources de haute activité. Cette directive prend en compte les recommandations de la CIPR 103 et apporte une mise en cohérence avec les nouvelles normes de base de l'AIEA. Elle impactera nettement plus le code de la santé publique que le code du travail.

Quelques points-clés de cette nouvelle directive, concernent les rayonnements d'origine naturelle, le renforcement des niveaux de référence, l'abaissement de la dose au cristallin - qui passe de 150 à 20 millisieverts par an. Il est envisagé une approche graduée du contrôle, qui peut aller dans le sens du renforcement, par exemple pour la radiologie interventionnelle et la téléradiologie. Pour les PCR¹⁵, la directive prévoit au moins deux niveaux, en faisant la différence entre une PCR locale dans la structure, qui s'occupe des aspects opérationnels, et une PCR consultante experte. Plus particulièrement pour les expositions aux rayonnements ionisants à des fins médicales, le principe de justification sera réécrit, notamment pour prendre en compte l'environnement, la protection de la santé humaine à long terme. Le dispositif de déclaration des événements significatifs sera renforcé et étendu. La directive prévoit aussi l'extension de l'interdiction de la publicité pour toute utilisation de rayonnements ionisants, la modification des dispositifs de déclaration et d'autorisation, avec trois niveaux : déclaration, enregistrement et autorisation.

Un des objectifs est de renforcer la surveillance de l'activité de radiologie interventionnelle.

Le médecin médical est devenu professionnel de santé ; on doit faire appel à lui pour le scanner et la radiologie interventionnelle et, le cas échéant, pour la radiologie conventionnelle. La directive prévoit également l'extension de la notion de risque professionnel aux travailleurs indépendants.

Une discussion est en cours sur l'accès de l'employeur aux

résultats dosimétriques individuels. Actuellement, le fait d'être employeur et PCR pose problème, la PCR ayant connaissance des résultats dosimétriques qui sont des informations sensibles ou confidentielles sur le plan médical. Un livre blanc vient d'être édité par un groupe de travail pluraliste à la demande de la direction générale du travail (DGT) qui travaille en collaboration avec l'ASN et l'IRSN à la réorganisation de la protection des travailleurs ; on espère que certains aspects pourraient être simplifiés... L'échéance de la transposition de la directive 2013/59 en droit français est au 6 février 2018.

Exposition de la population aux rayonnements ionisants :

L'IRSN a publié pour la troisième fois en octobre 2014 son rapport quinquennal concernant l'exposition de la population rayonnements ionisants (ExPRI). Celui de 2009 a calculé une augmentation de 57% des doses délivrées à la population par rapport au précédent rapport. L'ASN s'est saisie du problème et a décliné plusieurs objectifs pour essayer de limiter l'exposition des doses en population. S'en sont suivies des recommandations, elles-mêmes déclinées en 32 actions, certaines relevant des professionnels, d'autres des agences sanitaires. Par exemple, il est proposé de favoriser l'accès à l'I.R.M. en incluant une tarification incitative (...), l'évaluation de la téléradiologie (la Charte CNOM/G4 apporte des réponses qualitatives). Sont également cités des sujets comme l'aide à la décision des médecins demandeurs (*ne pas utiliser le terme de prescripteur*), l'intervention du médecin médical, le développement de la formation des utilisateurs...

Une recommandation de l'ASN, qui sera cosignée entre autres par la FNMR, est en cours de finalisation pour ce qui concerne les modalités de formation des utilisateurs de dispositifs médicaux lors de la réception de nouveaux appareillages ou d'une évolution significative.

La formation la radioprotection des patients,

dans son format actuel défini par l'arrêté du 18 mai 2004, à valider tous les 10 ans, vit ses dernières heures... Courant 2016, des nouvelles modalités, qui sont actuellement en cours d'écriture par le conseil national de la radiologie (G4) et l'ASN pour ce qui concerne les radiologues, devrait être publiées. Dans les grandes lignes, on s'attend à une formation d'une seule journée dont seulement une demi-journée se déroulerait en ateliers présentiels. Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles serait obligatoire en cas d'exercice de la radiologie interventionnelle « lourde » (niveau 3 de la classification de la FRI).

On ne peut qu'inciter les radiologues à renouveler au plus vite leur formation obligatoire dispensée par Forcomed sous la responsabilité du Docteur Florence Lair, qui sera encore valable 10 ans, et surtout à inciter les manipulateurs à la suivre. En effet, la FNMR n'a aucune maîtrise sur la discussion avec l'ASN pour ce qui concerne les manipulateurs. Leur formation devrait être à la fois plus longue et plus fréquente...

¹⁵ Personne Compétente en Radioprotection

La FNMR a installé un groupe de travail (GT) radioprotection en lien avec Forcomed qui doit être en relation étroite avec les autres composantes du G4. Le groupe intervient dans des congrès, en rédigeant des articles ou en réalisant des études, par exemple sur les DACS ¹⁶, équivalent des PACS pour la dose.

Le groupe de travail radioprotection intervient également auprès d'autres interlocuteurs : la DG de l'offre de soins au ministère du travail, le conseil d'orientation des conditions de travail également au ministère du travail, auprès de l'IRSN avec la participation à un comité d'experts pour l'amélioration du système ExPRI, etc...

L'importante somme de travail que cela représente, la complexité des sujets traités, les conséquences concrètes essentielles sur le quotidien de l'activité des radiologues incitent d'une part à travailler en collaboration étroite avec les autres groupes de travail de la Fédération, d'autre part à encourager les radiologues à s'impliquer activement en participant aux actions du groupe de travail.



Dr Jean-Charles Leclerc

LABELIX

Jean-Charles Leclerc annonce que de nouveaux auditeurs ont été formés ce qui permet d'accueillir une nouvelle société d'audit, DEKRA. Labelix a également conforté l'offre d'auditeur d'APAVE.

Deux nouvelles sociétés interviennent pour accompagner les structures d'imagerie dans la labellisation. Elles sont issues du monde de la biologie médicale ce qui leur permet d'anticiper l'introduction de la certification obligatoire pour l'imagerie.

L'expérience de la biologie doit inspirer les radiologues. Les biologistes avaient lancé une démarche (Biocal) équivalente à Labelix qui a permis aux sites de biologie labellisés un report d'un an lors de l'intégration à la certification du COFRAC ¹⁷. La labellisation des biologistes a été valorisée et a permis aux sites d'aborder la certification obligatoire avec une transition. Une formation « Référent qualité dans les structures d'imagerie » sera organisée avec FORCOMED FMC. Elle se tiendra sur deux jours.

Jean-Charles Leclerc informe le Conseil du lancement du Club utilisateurs de Labelix lors des Journées Françaises de Radiologie.

Accessibilité

Jean-Christophe Delesalle rappelle que l'accessibilité est un long processus législatif, commencé en 2005, avec l'obligation pour les établissements de se mettre aux normes au 31 décembre 2014. Un dossier ainsi qu'une plaquette ont été publiés par la Fédération qui reprennent l'ensemble des

dispositions de l'accessibilité. La dernière ordonnance fixait au 27 septembre 2015 la date limite pour le dépôt en préfecture par LRAR des Agendas d'Accessibilité Programmés (Ad'AP).

Pour ceux qui ne l'auraient pas encore fait, ce dépôt est encore possible sous réserve de justifier valablement des raisons de ce retard, mais cela réduit d'autant les délais qui seront éventuellement accordés pour se mettre aux normes et peut être assorti de pénalités. La préfecture dispose de quatre mois à compter de la date du dépôt pour donner sa réponse après avis de la commission d'accessibilité des communes, l'absence de réponse valant validation. Cet Ad'AP permet de suspendre le risque pénal et d'étaler ses travaux d'accessibilité sur une période de trois ans, éventuellement renouvelable en cas de circonstances exceptionnelles.



Dr Jean-Christophe Delesalle



Dr Eric Guillemot

FORCOMED

Eric Guillemot, président de FORCOMED, souligne les adaptations nécessaires en raison des changements réglementaires sur la formation et le DPC ce qui a conduit à la création de FORCO FMC présidé par Jacques Breton.

Pour 2015, FORCOMED, en dépit de la concurrence des nombreux organismes de DPC improvisés, a maintenu un bon niveau d'activité et de qualité de ses enseignements. De nouvelles formations sont envisagées pour 2016. Les suggestions sont les bienvenues aussi bien pour les manipulateurs que pour les médecins. Trois nouvelles formations de DPC sont proposées : l'endométriose dont les premières sessions rencontrent un vif succès, l'ostéoarticulaire et la tomosynthèse pour laquelle Philippe Coquel est très investi, avec Florence Lair et la collaboration de Laurent Verzaux.

Dans les jours précédents le Conseil, l'OGDPC ¹⁸ a annoncé que l'enveloppe allouée pour le DPC des médecins était épuisée à compter du 22 septembre. FORCOMED a informé les médecins préinscrits. La FNMR a publié un communiqué dénonçant cet état de fait. Le Conseil professionnel (G4) a aussi fait connaître sa réaction publiquement.

Ce nouveau blocage de financement par l'OGDPC, après celui de 2014, ne permet pas une visibilité nécessaire mais l'équipe FORCOMED fait le maximum pour répondre à cette situation.

Jean-Philippe MASSON clôt la réunion en annonçant le prochain Conseil pour le mois de janvier qui sera consacré aux régions après les élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé. ■

¹⁶ Rédaction du cahier des charges par Florence Lair, Emmanuel Museux, Alain Noël,

¹⁷ Comité français d'accréditation

¹⁸ Organisme de Gestion du DPC



Le sénat adopte le projet professionnel commun

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé, la commission des affaires sociales du Sénat a organisé une audition sur l'imagerie médicale. La FNMR, représentée par son président, Jean-Philippe Masson, a, avec les autres composantes du Conseil professionnel, proposé à la commission un amendement pour permettre la mise en œuvre du Projet Professionnel Commun.

A la suite de cette audition, le Sénat a adopté, le 6 octobre dernier, l'amendement relatif à la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale, complété par un amendement portant sur la téléradiologie. Ces deux amendements sont donc devenus des articles du projet de loi, respectivement 27 septies et 36 quater. Il faut cependant que l'Assemblée nationale les adopte à son tour pour qu'ils aient force de loi.

Les plateaux mutualisés

Comme annoncée par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), la démographie des médecins radiologues est en recul depuis 2011. Cela se traduit par l'impossibilité de fournir tous les postes proposés dans les hôpitaux et par l'absence de successeur dans nombre de cabinets libéraux. Cette baisse démographique est d'autant plus sensible qu'elle intervient alors que les nouvelles technologies d'imagerie requièrent de plus en plus de "temps médecin".

Les médecins radiologues doivent aussi répondre à un nombre de plus en plus important de demandes d'exams d'imagerie en raison du vieillissement de la population et de l'élargissement des indications médicales pour les examens d'imagerie.

Les plateaux mutualisés ont vocation à être instaurés dans les territoires qui ne peuvent offrir l'ensemble des techniques sans coopération des secteurs public et libéral. Il s'agit alors d'associer les ressources humaines et matériels d'imagerie (dans la forme adaptée à la situation locale (GCS, GIE, convention,...) sur la base d'un projet médical.

Quelques plateaux mutualisés, appelés Projets Professionnels Communs (PPC), existent déjà. Mais faute de reconnaissance légale, d'autres ne peuvent émerger.

La téléradiologie

L'article 36 quater dérive de l'article 27 septies. En effet, les plateaux mutualisés, ou PPC, ayant vocation à assurer une offre d'imagerie la plus complète supposent, dans la plupart des cas, la mise en œuvre de la téléradiologie, par exemple pour permettre des consultations de médecins radiologues spécialistes d'organe ou pour assurer la permanence des soins.

La profession attend du législateur et des tutelles une définition de la téléradiologie qui écartera les pratiques commerciales ne respectant pas les règles déontologiques qui doivent s'appliquer à un acte médical. La téléradiologie est un acte médical. Les règles qui doivent s'appliquer sont énoncées dans la Charte de la téléradiologie rédigée par le Conseil professionnel et approuvée par la Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le projet de loi doit être examiné dans le courant du mois de novembre par l'Assemblée nationale en deuxième lecture. La FNMR appelle les députés à voter ces deux articles afin que les patients, dans tous les territoires puissent bénéficier dans le parcours de soins, du diagnostic à la thérapeutique, de l'ensemble des ressources de l'imagerie médicale. ■

S É N A T

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

6 octobre 2015

ATTENTION

DOCUMENT PROVISOIRE

PROJET DE LOI
relatif à la santé**Article 27 septies (nouveau)**

L'article L. 6122-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.

« Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. » ;

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3 en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds. » ;

3° Au cinquième alinéa, les mots : « trois ans » sont remplacés par les mots : « cinq ans renouvelables » ;

4° Le septième alinéa est supprimé ;

5° Le dernier alinéa est supprimé.

Article 36 quater (nouveau)

Après l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6316-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6316-2. – La définition des actes de téléradiologie ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret. »



18% des scanners en déficit

La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique sont deux techniques d'imagerie utilisées de longue date. Cependant, l'équipement de la France situe notre pays très en dessous de la moyenne européenne et même au fond du classement pour l'IRM. Il en résulte, pour cette dernière technique, des délais de rendez-vous élevés. Les baisses tarifaires survenues depuis plusieurs années affectent aujourd'hui les résultats économiques des machines.

Pour faire le point, la FNMR a réalisé, durant le premier semestre 2015, une enquête auprès d'un panel de 500 machines, scanners et IRM. La présentation des résultats a été faite par Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général de la Fédération, lors des Journées Françaises de Radiologie au mois d'octobre. Le taux de réponse, élevé pour ce type d'enquête, est de 40% avec 97 scanners et 101 IRM pour un total de 199 équipements lourds. Les réponses étaient anonymes ou anonymisées. Les données récoltées portent essentiellement sur l'année 2014 et dans certains cas 2013.

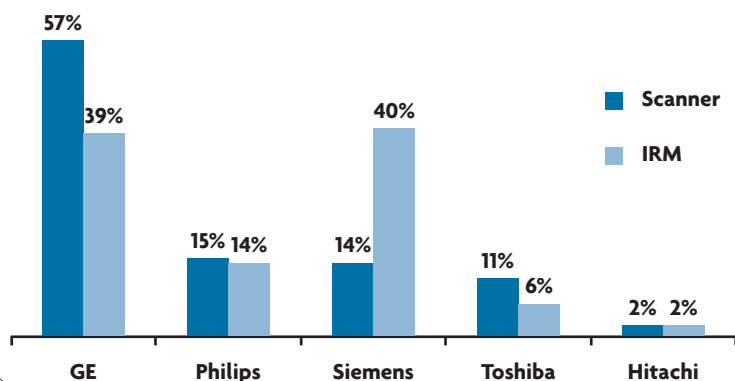
Pour les IRM, le parc est principalement composé de machines de 1,5 tesla. Les machines 1,5 tesla orientées en ostéo-articulaire constituent 12% des équipements.

Répartition par constructeur

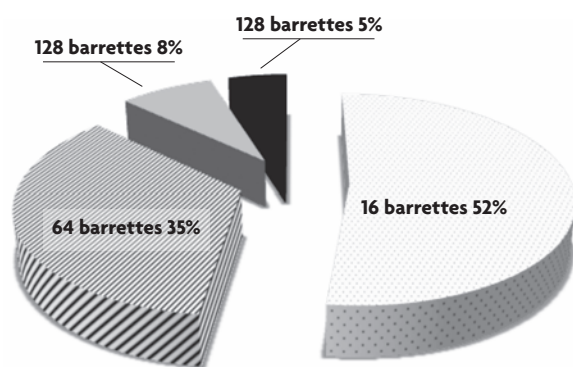
(Graphique 1)

Pour les scanners, General Electric (GE) domine le marché avec 57% du parc de l'échantillon. Les autres constructeurs se répartissant les 42% restant, Hitachi détenant une part marginale. Pour les IRM, General Electric et Siemens détiennent chacun 40% du marché, le reste étant réparti entre Philips, Toshiba, Hitachi ayant, là aussi, une part marginale.

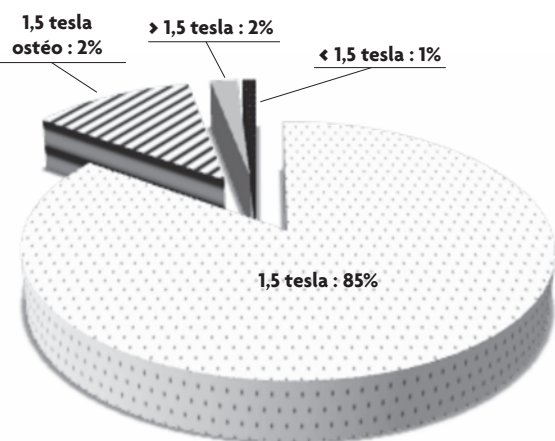
Graphique 1 : répartition par constructeur



Graphique 2 : répartition des scanners selon la puissance



Graphique 3 : IRM répartition des IRM par puissance



Répartition par puissance

(Graphiques 2 et 3)

Le parc des scanners est majoritairement composé de machines 16 barrettes (52%), celui des 64 barrettes représentant 35%. Plus des trois quarts (78%) sont en classe 3.

Le rapport PHARE de 2012 constatait un décalage entre le marché français et le marché mondial. Selon le rapport, le scanner le plus vendu dans le monde était l'Emotion 16 coupes de Siemens avec 40% des ventes alors que le marché français

était principalement constitué de 64 coupes. La répartition des machines de l'échantillon montre une forte hausse des 16 coupes mais les 64 forment encore un groupe important. Le parc français des IRM est aussi en décalage avec le marché mondial qui comprend 18% d'IRM bas champ dédiées alors qu'il n'y en a quasiment aucune en France.

Propriété de l'équipement

(Tableau 1)

Les machines de l'enquête sont principalement la propriété de cabinets libéraux. C'est particulièrement vrai pour les scanners (75%). La propriété partagée, dans le cadre d'un GCS ou d'un GIE, est plus importante pour les IRM (36%) que pour les scanners (15%).

Dans notre échantillon, le titulaire de l'autorisation est pratiquement toujours le propriétaire de l'équipement.

Tableau 1 : propriété de l'équipement en %

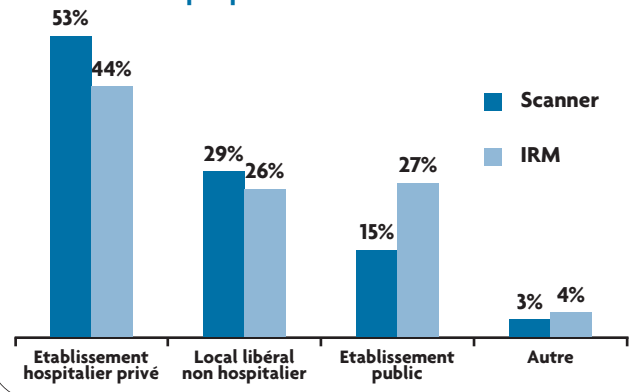
| Structure propriétaire | Scanner | IRM |
|------------------------|---------|-----|
| Cabinet libéral | 75% | 59% |
| Mixte (GCS, GIE, ...) | 15% | 36% |
| Clinique | 5% | 5% |
| Hôpital public | 5% | — |

Lieu d'installation

(Graphique 3)

Les équipements de l'enquête sont principalement installés dans des établissements hospitaliers privés (53% des scanners et 44% des IRM). Viennent ensuite les locaux non hospitaliers détenus par des médecins libéraux à 29% pour les scanners et 26% pour les IRM.

Graphique 3 : lieu d'installation



La part des installations à l'hôpital public dans le cadre d'une autorisation mixte public-privé est respectivement de 15% (TDM) et 17% (IRM).

Année d'autorisation et d'installation

L'année d'obtention de l'autorisation et l'année d'installation de l'équipement sont pratiquement identiques. 80% des scanners et des IRM ont été installés depuis 2010.

Taux d'équipement informatique

(Tableau 2)

Les taux d'équipements informatiques sont très voisins entre les scanners et les IRM. RIS et PACS sont des équipements quasi systématiquement associés aussi bien aux scanners qu'aux IRM (respectivement 91% et 93% des machines sont équipées). Les serveurs d'application équipent pas loin de la moitié des scanners et des IRM (respectivement 42 et 49%).

Tableau 2 : taux d'équipement informatique en %

| Equipement | Scanner | IRM |
|-------------------------|---------|-----|
| RIS | 91% | 93% |
| Archivage | 81% | 76% |
| Console stan-alone PACS | 28% | 21% |
| Serveur d'applications | 49% | 42% |

Centre d'appel et de frappe

Les scanners et les IRM recourent à peu près dans les mêmes proportions à un centre d'appel, respectivement 16% et 18%. En revanche, les centres de frappe sont utilisés par 13% des scanners contre seulement 9% de IRM.

Ouverture des équipements (hors PdS)

Les trois-quarts des scanners sont ouverts de 9 heures à 12 heures par jour. Un quart est ouvert le samedi matin. 85% des IRM sont ouvertes de 9 heures à 12 heures par jour et un peu plus d'un quart le samedi matin. 70% des scanners et 40% des IRM participent aux astreintes.



Les radiologues libéraux

Le nombre de médecins radiologues libéraux est, en moyenne, de 12 par scanner et de 14 par IRM.

Temps d'accès

Le temps d'accès pour chaque médecin radiologue libéral à un scanner ou une IRM est très réduit. Il est compris, pour 57% des scanners, entre 4h et 6 heures par semaine. Il est de 4 heures pour 57% des IRM.

Ces accès réduits sont la conséquence d'une insuffisance de machines dans notre pays et particulièrement dans le secteur libéral.



Les personnels

Chaque scanner emploie en moyenne 4,8 ETP¹ de manipulateurs et 4 ETP de secrétaires. Chaque IRM emploie 3,9 ETP de manipulateurs et 3,9 ETP de secrétaires.

Les forfaits techniques

Les règles régissant les forfaits techniques sont complexes mais il est nécessaire de les avoir à l'esprit pour analyser l'activité des équipements et l'impact des évolutions tarifaires.

scanners réalisent entre 10 000 et 13 000 forfaits techniques, 30% en réalisent moins de 8 000 et 21% plus de 15 000. Sur l'ensemble des forfaits techniques, 26% sont des forfaits doubles. Pour les machines qui ont une forte activité d'urgence² ou de cancérologie³, les forfaits doubles représentent un tiers des forfaits facturés.

b) Pour les IRM

La moyenne annuelle de forfaits techniques facturés par des radiologues libéraux est de 6 500 par machine. 38% des IRM réalisent entre 6 000 et 8 000 forfaits techniques par an. Un tiers réalise moins de 4 000 forfaits et 16% plus de 10 000 forfaits.

Bilan économique

5% des IRM et 18% des scanners sont en déficit.

Les bilans affichés dans l'enquête sont établis sur la base des données de 2014, voire pour certaines machines de 2013 si celles-ci étaient



les seules disponibles. Il n'est donc pas tenu compte des baisses de forfaits techniques intervenues au 1^{er} juillet 2015 prévues à l'avenant 8. L'impact de ces mesures se traduira, très certainement, par un plus grand nombre de machines en déficit.

FORFAITS TECHNIQUES IRM ET SCANNER

| SCANNER | Type d'appareils | Forfait plein | Forfaits réduits selon les tranches d'activité | | |
|---------|------------------|---------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| | | | ≤ Activité de référence** | De l'activité de référence** à 11 000 actes | De 11 001 actes à 13 000 actes |
| | | | | | |

Conformément à la Convention médicale de 2011 (article 3) : "Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle)".

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe de l'appareil, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, qui dépend de la tranche d'activité considérée, est appliqué.

Enfin, il faut tenir compte d'une spécificité des scanners. A chaque acte, un seul forfait technique doit être compté sauf pour certains actes pour lesquels 2 forfaits techniques doivent être comptabilisés. Mais dans ce cas, le second forfait technique n'est remboursé qu'à 15% de sa valeur. De ce fait, le seuil d'activité pour les forfaits plein peut être atteint alors même que certains de ces forfaits ne sont remboursés qu'à 15% de leur valeur.

a) Pour les scanners

La moyenne annuelle de forfaits techniques facturés par des radiologues libéraux est de 11 500 par machine. 44% des

Alors que les forfaits techniques sont destinés à financer l'amortissement et le fonctionnement des équipements lourds, dans certains cas, les centres en déficit font appel aux honoraires des médecins radiologues pour rééquilibrer les comptes. De ce fait, l'équilibre obtenu est artificiel et ne correspond pas au modèle économique qui a présidé à la définition du forfait technique.

Devant cette situation, la FNMR a interpellé les tutelles afin qu'une solution soit trouvée pour assurer la pérennité des équipements lourds. Ils sont indispensables dans la chaîne de soins que suivent les patients tant pour les actes diagnostiques que thérapeutiques. ■



IRM

5% en déficit



Scanner

18% en déficit

Wilfrid VINCENT
Délégué général FNMR



¹ ETP : Equivalent Temps Plein

² Les examens d'urgence sont souvent réalisés sur des patients polytraumatisés ce qui suppose la réalisation d'actes portant sur plusieurs régions anatomiques et la facturation d'un forfait double.

³ Les examens de cancérologie sont des actes dits triples, c'est à dire qu'ils portent sur trois régions anatomiques et permettent la facturation d'un forfait double. Ces actes représentent 12,5% de l'activité de ces machines.

*La FNMR félicite le nouveau Bureau du Syndicat des Radiologues Hospitalier (SRH)***BUREAU – Elections du 6 novembre 2015**

| | |
|----------------------|---------------------------------------------------|
| Président : | Pr Frank BOUDGHENE (Hôpital Tenon Paris) |
| Secrétaire général : | Dr Philippe CART (CH Charleville Mézières) |
| Trésorière : | Dr Anne LIESSE (CH Roubaix) |
| Past Président : | Dr Pascal BEROU (Hôpital Meaux) |

*La FNMR félicite le nouveau Bureau du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO)***BUREAU – Elections du 6 novembre 2015**

| | |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Président : | Dr Fabrice DENIS - 72 Le Mans |
| Secrétaires généraux : | Dr Ali HASBINI - 29 Brest Dr Fabrice LORCHEL - 69 Lyon |
| Trésorière : | Dr Isabelle MARQUIS - 54 Nancy |
| Past Président : | Dr François ROCHER - 71 Chalon-sur-Saône |



**Médaille
d'honneur
de la SFR**

Le Docteur Jacques Niney honoré par la SFR

La FNMR félicite le Docteur Jacques NINEY pour la médaille d'honneur de la Société Française de Radiologie qui lui a été remise par le Professeur Jean-Pierre Pruvo lors des Journées Française de Radiologie.

Le Docteur Jacques Niney, installé en Seine et Marne, a été, de 2005 à 2014, président de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues dont il est aujourd'hui président d'Honneur. Il a représenté la Fédération au Conseil professionnel de la radiologie (G4) dont il est toujours membre.

Cette distinction traduit la reconnaissance de son engagement personnel pour la profession et pour la promotion de l'imagerie médicale.





Dr Henriette CAUCHOIS

Nous venons d'apprendre le décès le 27 juillet 2015 du **Docteur Henriette CAUCHOIS**, à l'âge de 92 ans. Elle était médecin radiologue retraitée à PAIMPOL (22).

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

Dr Robert FIACRE

Nous venons d'apprendre le décès le 09 octobre 2015 du **Docteur Robert FIACRE**, à l'âge de 88 ans. Il était médecin radiologue retraité à TURCKHEIM (68).

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

PMFr
Génébault

- Pochettes pour Radiographies
- Chemises pour Echographies
- Chemises porte CD (Scanner/IRM)
- Sacs Plastique Personnalisés
- Sachets Plastique Transparent

et aussi...



Cavaliers - Papier en-tête
Cartes de rendez-vous
Cahiers de rendez-vous ...

LIVRAISON IMMÉDIATE - *Produits standards*
LIVRAISON SOUS 10 JOURS - *Produits personnalisés*

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

PMFr - Génébault - B.P. 13 - 42153 RIORGES

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : pmfr@wanadoo.fr

Inscrivez-vous dès maintenant



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

DPC MEDECINS OUVERTURE DES INSCRIPTIONS 2016

Dans l'attente de la parution des nouveaux textes relatifs au DPC issus de la loi de modernisation du système de santé, **l'OGDPC ouvre les inscriptions 2016 sur des sessions se terminant au plus tard le 31 mars 2016.**

Lors des inscriptions les montants des prises en charge de ces programmes seront affichés à « 0 » (non défini). L'OGDPC procédera à une régularisation en cette fin d'année, après validation par les sections paritaires du montant de l'enveloppe dédiée au DPC et des forfaits médecins pour 2016.

Profitez de cette opportunité pour valider votre DPC 2016, inscrivez-vous dès maintenant, voici les premiers programmes que vous propose FORCOMED :

5 programmes au choix, à réaliser par e-learning* :

| THÈME | DATES SESSIONS 2016 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| La CCAM : Historique, principes et utilisation | à valider du 12/01 au 11/02/2016 |
| Dossier médical et sécurité informatique | à valider du 13/01 au 20/03/2016 |
| Hygiène et prévention des infections en imagerie médicale | à valider du 14/01 au 28/02/2016 |
| Reconnaître, évaluer et prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'imagerie médicale | à valider du 21/01 au 10/03/2016 |
| Les vigilances dans un service d'imagerie médicale : mise en œuvre pratique | à valider du 27/01 au 13/03/2016 |

3 programmes au choix, incluant 1 journée de formation présentielle* :

| THÈME | DATES SESSIONS 2016 NB : une analyse des pratiques et une évaluation des acquis seront à réaliser par e-learning avant et après formation |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perfectionnement en échographie mammaire | Vendredi 29 janvier 2016 à Paris |
| Responsabilité médicale du radiologue | Vendredi 05 février 2016 à Paris |
| Perfectionnement en échographie de l'appareil locomoteur | Samedi 06 février 2016 à Bordeaux |

*voir bulletin d'inscription page 18

D'autres thèmes sont en cours de programmation, n'hésitez pas à consulter notre site www.forcomed.org ou à prendre contact : e-mail : info@forcomed.org - Tél : 01.53.59.34.02

FORCOMED est à votre écoute et à votre disposition pour vous renseigner et vous conseiller



**Programmes de DPC médecins
Financés et indemnisés par l'OGDPC**



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

BULLETIN D'INSCRIPTION DPC 2016

A compléter et retourner à FORCOMED – Inscriptions enregistrées par ordre de réception

Les dates proposées seront confirmées à réception du nombre minimum requis d'inscriptions

| THÈME | DATES SESSIONS 2016 | Cochez le thème de votre choix |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| La CCAM : Historique, principes et utilisation | E-learning à valider du 12/01 au 11/02/2016 | |
| Dossier médical et sécurité informatique | E-learning à valider du 13/01 au 20/03/2016 | |
| Hygiène et prévention des infections en imagerie médicale | E-learning à valider du 14/01 au 28/02/2016 | |
| Reconnaître, évaluer et prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'imagerie médicale | E-learning à valider du 21/01 au 10/03/2016 | |
| Les vigilances dans un service d'imagerie médicale : mise en œuvre pratique | E-learning à valider du 27/01 au 13/03/2016 | |
| Perfectionnement en échographie mammaire | Vendredi 29 janvier 2016 (+pré-post évaluations) | |
| Responsabilité médicale du radiologue | Vendredi 05 février 2016 (+pré-post évaluations) | |
| Perfectionnement en échographie de l'appareil locomoteur | Samedi 06 février 2016 (+pré-post évaluations) | |

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

Date de naissance : _____ N° RPPS : _____

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

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse Email : _____

Souhaite participer au programme de DPC 2016, aux dates cochées 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 DPC 2016 vous sera transmise si nécessaire, à réception de votre demande d'inscription.

RHÔNE-ALPES

L'Union régionale de Rhône-Alpes a procédé à l'élection de son Bureau le 4 novembre 2015 :

Président : **Dr Alain FRANÇOIS** (Sainte Colombe)
 Vice-Président : **Dr Pascale FOUQUE** (Meximieux)
 Secrétaire général : **Dr Eric MOVET** (Pontcharra)
 Secrétaire adjoint : **Dr Eric TEIL** (Challes les Eaux)
 Trésorier : **Dr François CALLET** (Givors)



L'Union régionale de Rhône-Alpes a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 4 novembre 2015 :

Titulaires : **Dr Alain FRANÇOIS** (Sainte Colombe)
Dr Gilles GERYESY (Roanne)
Dr Guillaume LOUIS (Bourg en Bresse)
Dr Olivier MARLOIS (Pierrelatte)
Dr Jean-Luc MONTAZEL (Annecy)
Dr Eric MOVET (Pontcharra)
Dr Eric TEIL (Challes les Eaux)
Dr Pierre-Jean TERNAMIAN (Lyon)

Suppléants : **Dr Pascale FOUQUE** (Meximieux)
Dr Albert-Jean BARAZA (Caluire et Cuire)
Dr Bernard MOULIN (Tournon sur Rhône)
Dr Laurent MANET (Saint Etienne)

AIN

Le Syndicat des radiologues de l'Ain a procédé au renouvellement de son Bureau le 23 octobre 2015 :

Président : **Dr Guillaume LOUIS** (Bourg en Bresse)
 Secrétaire : **Dr Pascale FOUQUE** (Meximieux)
 Trésorier : **Dr Bertrand BALLY** (Bourg en Bresse)

ISERE

Le Syndicat des radiologues de l'Isère a procédé au renouvellement de son Bureau le 7 octobre 2015 :

Président : **Dr Eric MOVET** (Pontcharra)
 Secrétaire : **Dr Yves RANCHOUP** (Grenoble)
 Secrétaire adjoint : **Dr Pierre-Jérôme PARAMELLE** (Voiron)
 Trésorier : **Dr David AYANIAN** (Saint-Martin d'Hères)

SEINE ET MARNE

Le Syndicat des radiologues de la Seine et Marne a procédé au renouvellement de son Bureau le 28 septembre 2015 :

Président : **Dr René BOKOBZA** (Torcy)
 Vice-Président : **Dr Philippe ATTAL** (Torcy)
 Secrétaire : **Dr Christian FORTEL** (La Ferté-sous-Jouarre)
 Secrétaire adjoint : **Dr Rémy BELLAICHE** (Tournan-en-Brie)
 Trésorier : **Dr Thierry LOUISE DIT LEMIERE** (Dammarie -les-Lys)

VAL D'OISE

Le Syndicat des radiologues du Val d'Oise a procédé au renouvellement de son Bureau le 28 septembre 2015 :

Président : **Dr Robert LAVAYSSIERE** (Sarcelles)
 Vice-Président : **Dr Alexandre FUCHS** (Osny)
 Secrétaire : **Dr Dominique NGUYEN** (Deuil-la-Barre)
 Trésorier : **Dr Evelyne DUPARLOIR** (Bezons)



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10594 29 **Cherche successeur** - Bretagne sud à Concarneau - Cause retraite - cherche succ. Pour cabinet SCP 2 radiol. ¾ temps ou plus si besoin - Radio conv. numérisée, séno, écho, ostéo, dentaire, parts de scan et IRM (Quimper)
› Dr FUR au 06.71.29.88.95
ou Email : jyfur@free.fr

10621 06 **Cherche successeur** - Nice - Cause santé - Cède parts rapidement dans grpe de 9 radiol. sur 4 sites - Radio, écho, doppler, mammo - Nombreuses vacations scan (4/sem) et IRM (8/sem)
› Dr PARANT au 06.78.90.48.31
ou Email : pascal.parant1@orange.fr

10622 69 **Cherche remplacements** - Région Rhône Alpes Auvergne - Radiol. retraité recherche remplacements d'imagerie (sauf scan/IRM)
› Tél : 06.08.57.64.71
ou Email : andrejenn@sfr.fr

10623 17 **Association** - Cherche radiol. remplaçant/collab./associé - pas d'astreinte - Radio, écho, séno, TDM privé, IRM en GIE
› Tél : 06.71.00.41.52

10624 75 **Cherche remplaçant** - Paris 19^{ème} - Grpe de radiol. rech radiol. pour vac. régulières (assoc. possible à moyen terme) - Plateau tech complet sur site : scan, IRM, mammo, tomosynth, écho, cône beam
› Web : <http://radiologie-paris19.com>
Dr ABDERRAHIM au 06.83.72.28.59
ou Email : scannermanincrimée@gmail.com

10625 17 **Cherche remplaçant** - Ile d'Oléron - Cherche remplaçant ou vac. régulier 1 ou 2 j/sem (retraité possible) - Radio conv. et écho
› Dr JOLLY au 06.61.43.37.37
ou Email : jollymail@free.fr

10626 42 **Cherche successeur** - Saint-Etienne - Cherche radiol. libéral SEL 28 associés (secteur 1 et 1 bis) à tps plein ou partiel, poste disponible pour sept 2016 ou plus tôt - Cabinet (radio, écho, mammo) et clinique en plein essor (radio,

écho, mammo avec tomosynth, mammotome, interv.) - Large accès scan et IRM astreintes à dom (2 à 3 sem/an par temps plein)

› Dr JULIEN 06.07.80.78.13 ou
Email : val.julien.ta@wanadoo.fr

10627 38 **Cherche successeur** - A reprendre fin juin 2016 - cause retraite - à 25 km de Lyon - Cabinet de radio : 2 écho. (2006-2012), deux salles capteur-plan dont une télécommandée, mammo et pano analog. - vacation hebdo hôp. 4h/TDM, 4h/IRM
› Email : radio.tignieu@gmail.com

10628 30 **Association** - Alès - SELARL 6 radiol. cherch. assoc. - Cab. indépendant au sein d'une clinique - Activités polyvalentes : radio conv., écho, séno, scan, IRM ; Interv. possible fonction des compétences - 1 astreinte/sem et 4 à 5 we/an ; gardes à dom. peu sollicitées ; remplac. ponctuels ou fixes possibles - Autorisations et matériels propriété des radiol. : scan (2012), IRM (2015), écho (2014), 2 tables radio capt. plan (2013/14), mammo tomosynth. en cours
› Dr PELISSIER au 06.23.43.87.49
ou Email : oliviervince@yahoo.fr

10630 17 **Cherche successeur** - Ile d'Oléron - Cause retraite - Cède cabinet - Pas d'astreinte ni garde - 2 salles télécommandées dont 1 avec capteur direct, salle séno + console mammo, scanora, écho IU22, ostéo, archivage + serveur web, accès IRM
› Dr JOLLY au 06.61.43.37.34 (ap 18h30)
ou Email : jollymail@free.fr

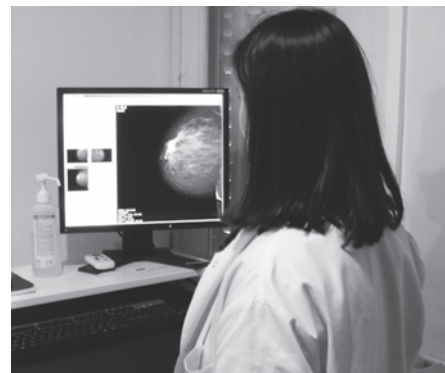
10631 95 **Cherche successeur** - Cergy - Cause retraite - Cède cabinet - Radio num., dentaire, ostéo, écho, et mammo num.
› Dr C. EDOUARD au 01.30.31.32.42
ou Email : docteur.edouard@orange.fr

10544 21 **Cherche successeur** - Côte d'Or Sud, cause départ retraite, cherche successeur SCM 2 radiol (radio conv., mammo num, ostéo, large accès IRM[GIE] et scanner). Pas d'astreinte. Rempl. et/ou collaboration possible les 1^{er} trimestres
› Dr Jacques LORENZO au 06.16.76.32.54
ou Email : jalorenzo@wanadoo.fr

10566 75 **Vente cabinet** - Paris XVI^{ème} - Vente centre de radiologie
› Tel : 06.87.88.68.34

DIVERS

10629 91 **Vente de matériel** - Proche banlieue parisienne sud - Vends cause double emploi - Table d'os Siemens Multix Swing avec suspension plafonnière (mars 2008) - Potter pulmonaire et support colonne totale, tube parfait état
› Tél : 01.60.14.37.50 ou Email : centreradiologie.palaiseau@wanadoo.fr



Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci 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 Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2015