

Le journal de la FNMR
www.fnmr.org



■ **URPS et
nouvelles régions**
■ **Loi de santé**





AG2R LA MONDIALE

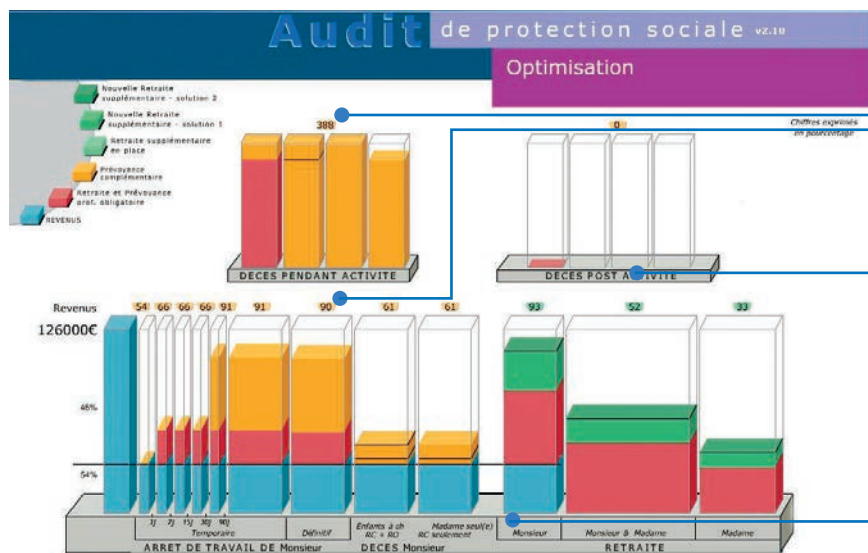
En partenariat avec :



RÉALISEZ VOTRE BILAN DE PROTECTION SOCIALE

OFFERT, CONFIDENTIEL ET SANS ENGAGEMENT POUR LES RADIOLOGUES

1 heure pour tout connaître sur votre situation



PENDANT VOTRE ACTIVITÉ

En cas de décès :

- Le niveau de vie de votre famille est-il assuré ?

En cas d'arrêt de travail :

- Êtes-vous couvert ?
- Au bout de combien de temps ?
- Pour quel niveau de prestation ?

APRÈS VOTRE ACTIVITÉ

En cas de décès :

- Quel capital laisserez-vous à vos proches ?

À la retraite :

- À quel âge pourrez-vous cesser votre activité ?
- Quel sera le montant de votre retraite ?
- Est-ce suffisant pour maintenir votre niveau de vie ?

Pour bénéficier de votre bilan réalisé avec un expert de la protection sociale, contactez le :

0970 808 808 (numéro non surtaxé)

La Mondiale - Membre du groupe AG2R LA MONDIALE - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation - Entreprise régie par le code des assurances 32, avenue Émile Zola, 59370 Mons-en-Barœul - 775 625 635 RCS Lille

PRÉVOYANCE
SANTÉ
ÉPARGNE
RETRAITE
ENGAGEMENT SOCIAL



L'arme au pied

Plusieurs évènements ont marqué ces dernières semaines : l'installation des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et la publication de la loi de modernisation de santé.

Cette dernière a été partiellement censurée par le conseil constitutionnel sur le tiers payant. Il ne s'agit, hélas, que d'une victoire partielle pour les médecins qui l'ont combattue pendant de nombreux mois.

En revanche, l'article 133, proposé et défendu depuis dix ans par notre profession, sur la mise en place des projets professionnels communs (PPC) aussi appelé pôle d'imagerie médicale (PIM) a été enfin validé.

Mais ceci ne doit pas nous faire oublier une des mesures de la loi les plus dangereuses pour nous : la mise en place des groupements hospitaliers de territoire : les GHT. Ceux-ci, obligatoires, vont entraîner le regroupement de plusieurs hôpitaux d'un même territoire sous la direction, le plus souvent, du plus important. Le but affiché est de faire des économies mais quand on connaît le sectarisme et le dogmatisme actuel de la FHF et de quelques directeurs d'établissement, cette mesure est très inquiétante et soulève de nombreuses interrogations.

Certains de ces directeurs vont se sentir investis d'un pouvoir divin et risquent de vouloir se passer de collaborations éventuelles avec les libéraux, que ce soit des cliniques ou, plus grave pour nous, des radiologues qui partagent les appareils d'imagerie en coupe. La plus grande vigilance s'impose notamment en ce qui concerne ceux d'entre nous qui ont des conventions d'utilisation. Les derniers mois ont montré une volonté de renégocier celles-ci au seul profit des hôpitaux.

Il faut néanmoins rester un peu optimiste : rapidement, ces directeurs se rendront compte qu'ils ne peuvent, malgré le GHT, offrir le service médical que la population espère et dont elle a besoin. Par ailleurs, une nouvelle direction de la FHF s'installe. Souhaitons qu'elle se traduise par une approche différente pour des coopérations indispensables afin de garantir une bonne prise en charge des patients.

Le vote pour les URPS a permis l'élection de nombreux radiologues dans toutes les régions. L'installation des URPS a porté à la présidence trois radiologues dans de grandes régions : Aquitaine-Limousin-Poitou Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Ile de France. Deux sont CSMF et un est FMF. Plusieurs « collèges 3 » sont aussi présidés par des radiologues dans les mêmes régions ou dans d'autres.

C'est pour nous, radiologues libéraux, un succès exceptionnel ! C'est grâce à votre implication, à tous, que cela a été possible.

Ce poids que nous avons donc acquis, y compris auprès des syndicats polycatégoriels, est très important alors que nous allons entamer des négociations avec la CNAMTS pour le prochain plan pluri annuel.

Quand la profession est unie, quand elle est forte, elle peut agir, se faire entendre y compris auprès du Parlement. Quand les radiologues libéraux s'investissent, ils se donnent les moyens de défendre leur profession. Nous devons donc poursuivre dans cette voie : unis et impliqués.

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire # 388

- Les URPS
 - Programme du séminaire URPS 04
 - Impact de la régionalisation sur les relations entre les médecins radiologues et les décideurs institutionnels 05
 - La table ronde 14
 - Les Bureaux des URPS 17
 - L'URPS devra se tourner plus encore vers les territoires 24
 - Un médecin radiologue président d'une URPS 25
 - Faire entendre notre écriture du SROS 26
- IRM : les délais de RDV - Rectificatif 27
- La loi de santé
 - Conseil constitutionnel : tiers payant obligatoire censuré 28
 - La vision de la CSMF sur l'organisation régionale des soins à travers le prisme de la loi de santé 31

- Pour une véritable réforme (FMF) 33
- L'organisation du soin sur le territoire doit se faire autour de la médecine libérale (SML) 34
- Symposium sur le scanner volumique : le scanner est bien vivant ! 35
- Prix de thèse FNMR 2014 38
- Vie fédérale : Elections Bureaux 40
- Hommage 41
- Statistiques : dépenses assurance maladie 42
- Petites annonces 43

Annonces

- AG2R LA MONDIALE 02
- SUPERSONIC IMAGINE 32
- UNIPREVOYANCE 44



Séminaire de formation « Impact de la régionalisation sur les relations entre les médecins radiologues et les décideurs institutionnels » Samedi 23 janvier 2016

Modérateur : **Bruno SILBERMAN**
Président URPS Ile de France

9h30: Présentation du séminaire

Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

9h40: Présentation des URPS
Qu'est-ce qu'une URPS? Que fait une URPS?
- Missions et informations
- Seul représentant de la médecine libérale
pour discuter avec les ARS

Philippe ARRAGON TUCCO
Président URPS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes

10h00: Relations entre les médecins radiologues
et les URPS et les ARS

Andrée BARRETEAU
Directrice de la Fabrique Citoyenne en Santé

10h30: La place des G4 régionaux

Jean-Christophe DELESALLE

11h00: Relations entre les radiologues et les ARS,
notamment à travers les CPOM

Martine Aoustin
*Consultante – Ancienne Directrice Générale – ARS
Languedoc-Roussillon*

11h30: Table ronde avec l'ensemble des intervenants

Animateur: Jean-Charles LECLERC





Impact de la régionalisation sur les relations entre les médecins radiologues et les décideurs institutionnels

Les élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) se sont traduites par l'élection de nombreux médecins radiologues au sein des nouvelles unions. Trois de nos confrères ont été élus à la présidence de l'Union de leur région: les docteurs Arramon-Tucco pour la région Aquitaine Limousin Poitou-Charente, Bruno Silberman pour l'Île-de-France et Pierre-Jean Ternamian pour la région Auvergne Rhône Alpes. D'autres radiologues ont été élus membres ou, pour deux d'entre eux présidents du bureau du collège des "autres spécialistes".

Cette forte présence des radiologues parmi les élus aux URPS est le fruit de l'engagement de la profession et de la Fédération afin que la spécialité soit représentée efficacement au sein de ces instances.

Une nouvelle carte des régions administratives et des URPS, la mise en œuvre de la loi sur la modernisation du système de santé appelaient à faire le point sur les relations entre les médecins radiologues et les décideurs institutionnels.

Le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, avait donc convié l'ensemble des médecins radiologues élus aux URPS à se joindre aux membres du Conseil d'administration de la Fédération du 23 janvier pour une séance consacrée aux URPS.

Jean-Philippe Masson avait aussi convié deux expertes, le Dr Martine Aoustin, ancienne directrice de l'ARS Languedoc-Roussillon et Andrée Barreateau, ancienne directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale au sein de l'ARS d'Île de France. Nous publions un compte rendu des interventions et de la table ronde qui vous permettra de vous familiariser avec les missions des différentes instances régionales en matière de santé.

Dans son allocution d'accueil, Jean-Philippe Masson a remercié les radiologues pour leur investissement dans la campagne électorale pour les URPS, il a salué les nouveaux élus dont les trois présidents d'union.

Il a appelé les radiologues à soutenir leurs élus alors qu'avec la nouvelle loi de santé s'ouvre une période très hospitalo-centrée, les URPS étant, avec les Conseils professionnels régionaux (G4), des instances de réflexion et de concertation avec les autorités régionales.

La séance ¹ a été introduite par Bruno Silberman, Premier Vice-Président de la FNMR qui, en rappelant brièvement l'importance des URPS a invité les nouveaux élus à être actifs au sein de ces instances mais aussi de leurs commissions

spécialisées qui peuvent concerner directement la spécialité.

I - Dr Philippe ARRAMON-TUCCO Président de l'URPS Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes

Dr Philippe ARRAMON-TUCCO

*Président de l'URPS Aquitaine,
Limousin, Poitou-Charentes.
Ancien attaché des Hôpitaux
de Bordeaux.
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Bordeaux.*



Les Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS ML) ont été créées le 22 juillet 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Elles ont succédé aux Unions régionales des Médecins Libéraux (URML) créées par la loi du 4 janvier 1993, dite loi "Teulade".

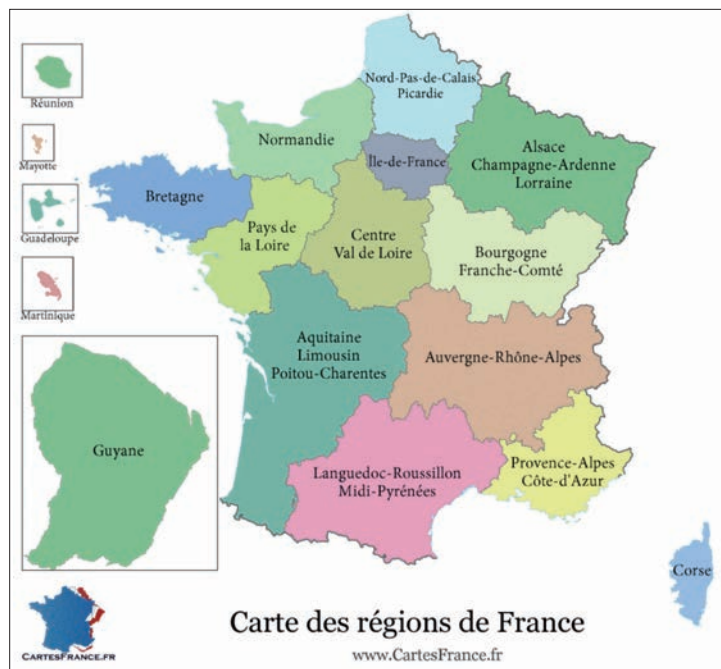
Les URPS regroupent la totalité des médecins libéraux ayant une activité conventionnée dans une même région. Ce sont des associations régies par loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations à but non lucratif. Elles sont administrées par une assemblée dont les membres sont élus par leurs pairs pour cinq ans, sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives. Elles sont financées intégralement par les médecins via leur cotisation URSSAF ² avec redistribution par l'ACOSS ³. Elles n'émargent à aucun budget public.

¹ Le compte rendu de cette séance est fait sous la seule responsabilité de la revue du Médecin radiologue

² Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

³ Agence Centrale des organismes de sécurité sociale.

La nouvelle carte des 18 régions et URPS



La nouvelle région Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes

- Population (au 1^{er} janvier 2013) : 5 836 598 habitants
- Superficie : 84 141 km²
- Nombre de médecins libéraux : 11 039
 - 6 011 médecins généralistes (103 pour 100 000 habitants)
 - 5 028 médecins spécialistes (86 pour 100 000 habitants)
- L'URPS ML de la nouvelle grande région est composée de 80 élus répartis en 3 collèges :
 - Collège 1 (médecins généralistes) : 40 élus
 - Collège 2 (Anesthésistes-Obstétriciens-Chirurgiens) : 11 élus
 - Collège 3 (autres spécialités) : 29 élus

Les missions des URPS ML

- Les missions des URPS ML sont différentes mais complémentaires de celles qu'assument l'Ordre des Médecins et les syndicats médicaux.
- Leurs missions sont définies par la loi du 21 juillet 2009 (complétée par le décret du 2 juin 2010), les positionnant clairement comme **les représentants régionaux de la médecine libérale**.
- Les URPS ML sont devenues les interfaces entre les médecins libéraux, l'**ARS** (Agence Régionale de Santé) et les pouvoirs publics pour toutes les questions touchant aux domaines de la santé.
- Elles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale, notamment :

1. A la préparation du **Projet Régional de Santé** (PRS) et à sa mise en œuvre ;
2. A l'**analyse des besoins** de santé et de l'**offre de soins**, en vue notamment de l'élaboration du **Schéma Régional d'Organisation des Soins** (SROS) ;
3. A l'**organisation** de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la **Permanence des Soins**, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
4. A des actions dans le domaine des soins, de la **prévention**, de la **veille sanitaire**, de la gestion des **crises sanitaires**, de la **promotion de la santé** et de l'**éducation thérapeutique** ;
5. A la mise en œuvre des **Contrats Pluriannuels d'Objectifs** et de **Moyens** (réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé),
6. Ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (**CLS...**) ;
7. Au déploiement et à l'utilisation des **Systèmes de Communication et d'Information Partagés** ;
8. A la mise en œuvre du **Développement Professionnel Continu**.

Elles peuvent procéder à l'analyse des données agrégées nationales et régionales issues du **Système National d'Informations Inter Régimes** (SNIR) de l'assurance maladie en rapport avec leurs missions.

Objectifs des URPS ML

- Poursuivre la promotion et l'amélioration de la qualité des soins de ville.
- Donner à la médecine libérale un authentique pouvoir de représentation, d'investigation et de participation.
- Représenter les médecins libéraux dans toutes les instances décisionnaires de santé publique.
- Fournir aux médecins libéraux les moyens de réflexion, de formation et d'information qu'ils souhaitent pour mieux exercer.

Les Agences Régionales de Santé

- L'ARS assure deux grandes missions :
 - Le **pilotage** de la politique de santé publique en région.
 - La **régulation** de l'offre de santé.
- La **régulation** porte sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. Elle permet notamment l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

En ce qui concerne les radiologues, c'est aussi l'autorisation d'implantation et de renouvellement de matériel lourd.

Instances consultatives sur l'organisation des soins

- La **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)**. C'est l'instance consultative privilégiée pour

recueillir les besoins et les aspirations de tous en matière de santé, faire des propositions et donner des avis sur l'organisation du système de santé (PRS...).

- ❑ Elle rassemble, en 7 collèges, les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements, les usagers, les collectivités territoriales...
- ❑ L'URPS ML est représentée à la CRSA et aux commissions spécialisées dont la commission spécialisée de l'offre des soins (CSOS).
- ❑ La **Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS)** contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.
- ❑ Elle est consultée par l'ARS sur les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation:
 - Création de tout établissement de santé;
 - Création et regroupement des activités de soins;
 - Installation des équipements matériels lourds.

Représentation des radiologues

- ❑ Les radiologues sont présents aux différentes instances pilotées par l'ARS :
 - CSOS
 - SROS Imagerie
 - PDS ES
- ❑ Les radiologues travaillent à l'URPS ML dans différentes commissions de travail :
 - Cancer
 - E-santé
 - Plateaux techniques

Seul représentant de la médecine libérale pour discuter avec l'ARS ?

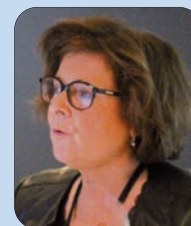
- ❑ Vigilance permanente et pugnacité.
- ❑ Choisir les alliés : FHP ? Autres PS ? Associations de patients ?
- ❑ Se rapprocher du terrain sans cesse.
- ❑ Etre sur la même longueur d'onde avec le G4 régional.
- ❑ Défendre la médecine libérale et l'imagerie libérale objectivement pour obtenir la confiance.

II - Andrée BARRETEAU

Directrice de la Fabrique citoyenne en santé

LA STRUCTURATION DES RELATIONS ARS/ URPS ET LES PERSPECTIVES ISSUES DE LA NOUVELLE LOI SANTÉ

Andrée BARRETEAU



Directrice générale de la Fabrique Citoyenne de Santé. Consultante et formatrice, en santé.

Manager au sein d'institutions diverses comme des CHU, des CH et des hôpitaux locaux, lobbyiste au sein de la Fédération FHF.

Ancienne directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale au sein de l'ARS en Ile de France.

Elle a participé à l'élaboration de plusieurs rapports ministériels en particulier, les rapports sur l'an II de la démocratie sanitaire et dans le secteur du handicap sur les soins et l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.

La loi HPST et la régionalisation de la santé : les ARS

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) s'inscrit dans la continuité des ordonnances Juppé et de la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996.

C'est le fruit d'une réflexion autour de la régionalisation de la politique de santé et de la gouvernance des établissements de santé.

La volonté est de créer une maison commune de la santé au sein des territoires.

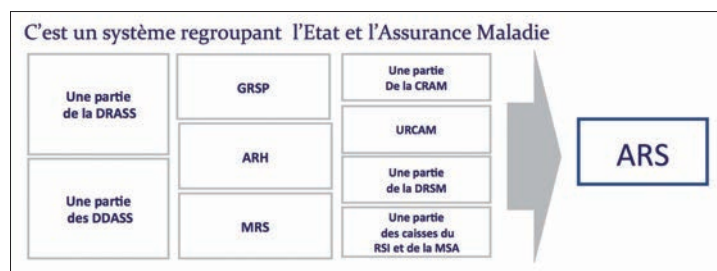
Mais il n'y a pas de changement de la gouvernance nationale avec l'Assurance maladie et l'Etat.

La nouvelle loi santé ne transforme pas la gouvernance nationale mais souhaite aller vers plus de régionalisation.

Les ARS « maison commune » du système de santé

Mettre en place un pilotage transversal et territorialisé de la politique de santé

C'est un système regroupant l'Etat et l'Assurance maladie



L'Agence régionale de santé

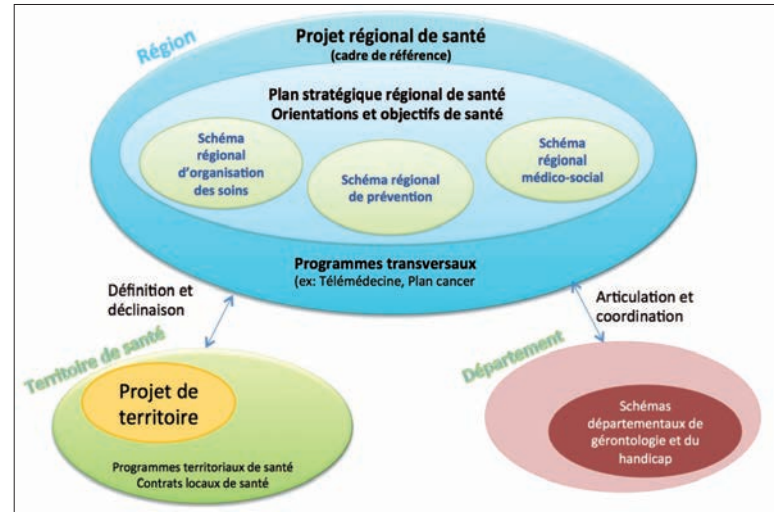
L'ARS regroupe un **champ large** pour une meilleure cohérence

L'ARS regroupe un **champ large** pour une meilleure cohérence

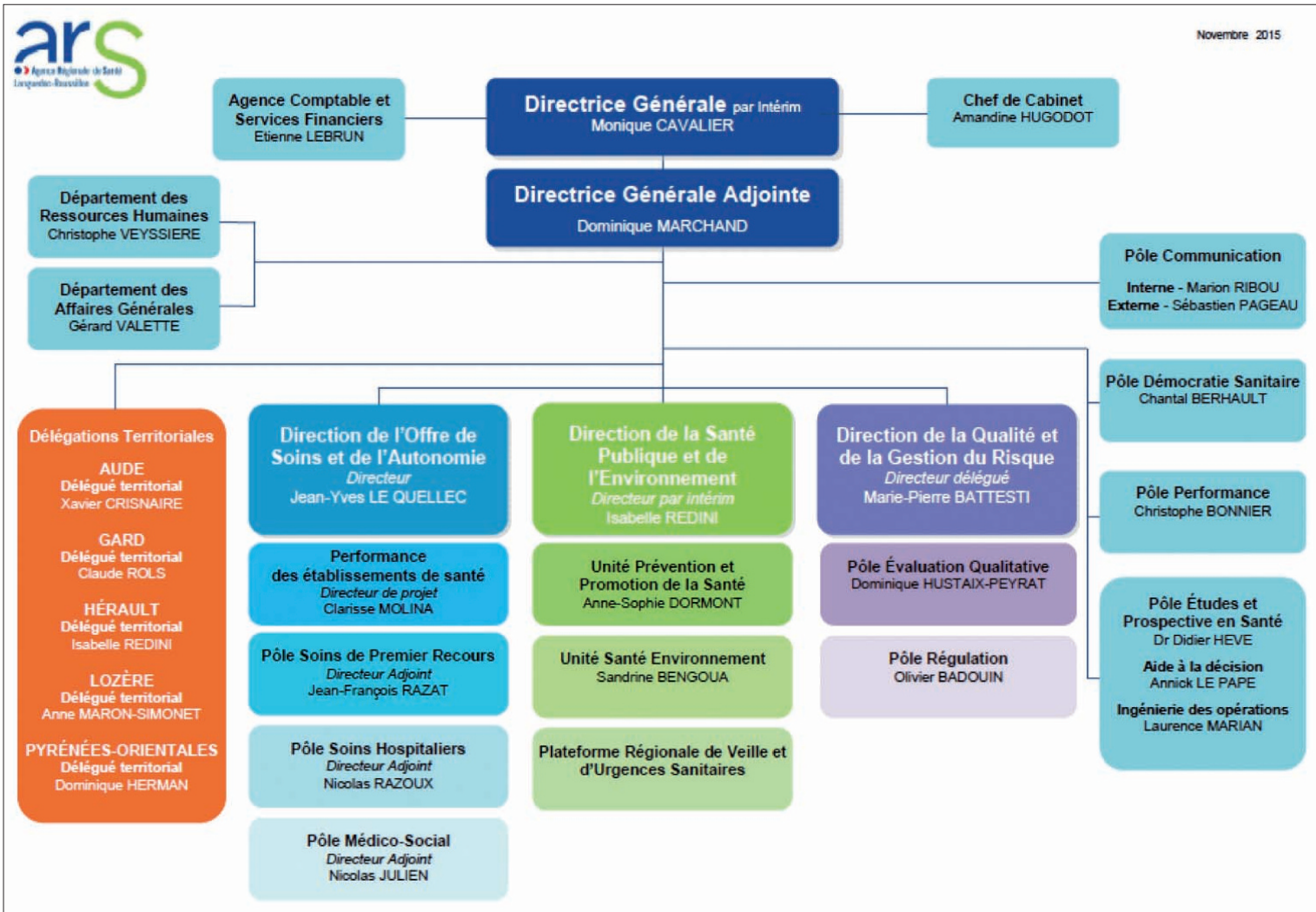


La politique de santé régionale :

Emboîtement des plans, programmes, schémas



Les organigrammes des ARS



Les organigrammes des ARS

(Voir page précédente)

Le conseil de surveillance des ARS au niveau régional

Sa composition :

- ❑ Le préfet qui le préside.
- ❑ Représentants de l'État.
- ❑ Membres des conseils d'administration des organismes locaux d'Assurance maladie.
- ❑ Représentants des collectivités territoriales.
- ❑ Représentants de patients, des personnes âgées handicapées et au moins une personnalité qualifiée dans les domaines de compétence de l'agence.
- ❑ Des représentants des personnels de l'agence ainsi que le Directeur général, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

Ses missions :

- ❑ **Contrôler et évaluer.**
- ❑ Émettre un **avis** sur le plan stratégique régional, le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens de l'agence, sur les résultats de l'action de l'agence.
- ❑ **Approuver** le budget de l'agence et le compte financier.
- ❑ **Recevoir** un état financier récapitulatif l'ensemble des charges de l'État, de l'Assurance maladie et de la CNSA, et un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)

❑ Sa composition :

Collectivités territoriales / usagers et associations / conférences de territoires / représentants des salariés, employeurs et professions indépendantes / professionnels du système de santé / organismes sanitaires et médico-sociaux / organismes de protection sociale.

❑ Ses missions :

- Faire des **propositions** pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région.
- Émettre un **avis** sur le plan stratégique régional de santé.
- Être **consultée** sur le projet régional de santé.
- **Représenter** les usagers du système de santé.
- **Évaluer** les conditions d'application et le respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

Les territoires de santé, les conférences de santé et les contrats locaux de santé

- ❑ L'ARS définit des **territoires de santé** pertinents (dans tous les domaines).

⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

- ❑ Les territoires peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.
- ❑ Dans chaque territoire de santé = une **conférence de territoire** composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers.
- ❑ La mise en œuvre du projet régional de santé = possibilité de **contrats locaux de santé** conclus par l'agence avec, en autres, les collectivités territoriales et leurs groupements.

La Commission spécialisée de l'organisation des soins

- ❑ La **Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS)** prépare un avis sur le projet régional d'organisation des soins dans ses volets hospitalier et ambulatoire.
- ❑ L'ARS consulte cette commission sur les autorisations, la politique d'implantation, l'activité des professionnels de santé dans les territoires, l'aide médicale urgente et la permanence des soins, l'organisation des transports, la création des établissements publics de santé et des groupements de coopération sanitaire, la politique de contractualisation.

Le pilotage national des ARS : Le conseil national de pilotage des ARS

Sa composition :

- ❑ Représentants de l'Etat, de ses établissements / directions d'administration centrales, des caisses nationales d'Assurance maladie et de la CNSA ⁴.
- ❑ Présidé par le représentant des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et handicapées.
- ❑ Les ministres du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Ses missions :

- ❑ Donner aux ARS les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire.
- ❑ **Mettre en cohérence** les politiques qu'elles ont à mettre en œuvre.
- ❑ **Évaluer** les résultats de l'agence et de son directeur.
- ❑ Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens de l'agence est signé par les ministres (santé, assurance maladie, PA, PH) avec le DG de l'ARS.

Le bilan des cinq dernières années

- ❑ Un rassemblement de tous les univers de la santé au sein des ARS et un commencement d'appropriation d'une culture commune.
- ❑ Un outil ARS qui se structure et qui commence à organiser la territorialisation
- ❑ Plusieurs interrogations en suspens :
 - Le modèle de gouvernance nationale

- Le degré de déconcentration
- Le positionnement des ARS vis-à-vis des opérateurs

Les perspectives ouvertes par la nouvelle loi santé

- ❑ Les communautés professionnelles territoriales de santé pour piloter des projets médicaux de territoires (cinq domaines dont la PDS).
- ❑ Pacte pour lutter contre les déserts médicaux.
- ❑ Organisation territoriale des soins de proximité.
- ❑ Contrôle accru des finances des cliniques.
- ❑ Projet régionaux de santé : territorialisation de l'action des ARS et des CPOM.
- ❑ Coordination du parcours de santé.
- ❑ Création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale sous l'égide des ARS (article 113). Les radiologues peuvent avoir intérêt à réfléchir à leur position sur les Projets Professionnels Communs (PPC) et l'article 113 au sein des URPS.

Les questions en suspens

- ❑ Le degré de décentralisation : ONDAM ⁵ et ORDAM ⁶ avec un début de mise en place avec le FIR ⁷.
- ❑ La gouvernance nationale : entre l'Assurance maladie et l'Etat.
- ❑ La ou les définitions du rôle des ARS :
 - Echelon déconcentré des orientations du niveau national.
 - Contrôleur des opérateurs.
 - Pouvoir d'orientation et d'incitation au niveau des territoires.
 - Vers un rôle d'acheteur et organisateurs de soins ? Rôle des mutuelles.
 - Rôle d'intégrateur de services ?

III - Dr Jean-Christophe DELESALLE Secrétaire général de la FNMR

Dr Jean-Christophe DELESALLE

Secrétaire général de la FNMR
Membre du G4 national
Président de la délégation régionale du G4



Endossant sa double casquette d'élus URPS depuis 2010, réélu dans sa nouvelle région d'une part, président d'autre part de la délégation régionale (G4 régional) du Conseil

professionnel national (G4 National), Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général de la FNMR, était tout désigné pour parler des relations entre URPS, G4 régional et ARS.

Les nouvelles régions

Des anciennes aux nouvelles régions métropolitaines



La réforme territoriale adoptée le 17 décembre 2014, qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2016, est le fruit de six mois de débats et de trois lectures au Parlement. Elle a abouti après de nombreuses tergiversations à la création des treize nouvelles régions métropolitaines. Elle est assortie d'un "droit d'option" qui permet, sous conditions, à chaque département de changer de région et supprime la condition du référendum local. Ce droit d'option sera autorisé entre 2016 et 2019. Il devra obtenir l'aval des deux conseils régionaux concernés, ainsi que du Conseil départemental à une majorité des 3/5^{èmes}.

Les G4 régionaux

Le G4 National fait partie des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) qui regroupent paritairement les partenaires public-privé issus des sociétés savantes, syndicats et autres collègues. Il regroupe pour la radiologie des membres de la SFR, du CERF, du SRH et de la FNMR. L'ensemble des CNP est regroupé au sein de la Fédération des spécialités Médicales (FSM) où la FNMR est représentée par Jean-Luc Dehaene. Le G4 National, association loi 1901, a pour objet l'harmonisation des actions de promotion et de défense de l'imagerie médicale en France, et la présentation des positions communes des structures professionnelles adhérentes dans les négociations avec les représentants institutionnels. Son conseil d'administration est constitué de 16 membres, 8 membres SFR (4 publics +



⁵ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.
⁶ Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie.
⁷ Fonds d'Intervention Régional.

Le G4 régional

Délégation du G4 national
Pas de personnalité juridique
Composition paritaire 50/50 public-privé
6 à 8 membres nommés pour 3 ans par le G4 national
3 SFR (1 public + 2 libéraux)
ou 5 SFR (2 publics + 3 libéraux)
1 FNMR - 1 SRH - 1 CERF
1 Pdt et 1 secrétaire général / alternance public – privé tous les 3 ans.



4 libéraux), 4 membres FNMR, 2 membres SRH et 2 membres CERF. Son bureau comporte un président (président de la SFR), 3 secrétaires généraux (FNMR,

SRH, CERF) et 1 trésorier.



Les délégations régionales du G4, parfois improprement appelées par commodité les G4 Régionaux, ont été instaurées pour pallier l'absence de Comités Techniques Régionaux d'Imagerie (CRI) dans certaines régions. Elles n'ont pas de personnalité juridique propre (et donc pas de statuts) et ne sont pas des structures autonomes du G4 National. A ce titre, une charte les relie au G4 National. Leur composition est aussi paritaire 50-50, public-privé, regroupant 6 à 8 membres selon la taille de la région, tous nommés pour 3 ans par le G4 National sur proposition de chaque composante. Leur composition sera amenée à évoluer avec la réforme territoriale, le G4 National devant faire prochainement des propositions de modifications de statuts dans ce sens.

Les missions

Les missions des délégations régionales du G4 sont :

- De relever les pratiques locales pouvant alimenter les réflexions et les actions du G4 National et rendre compte de son activité au G4 N.
- De favoriser la transmission et d'informer de l'application régionale des positions définies par le G4 N.
- D'harmoniser les actions de promotion et de défense de la radiologie et de l'imagerie médicale en accord avec les positions du G4 N.
- D'être l'interlocuteur privilégié des structures institutionnelles régionales.

La représentation des radiologues libéraux vis-à-vis de l'ARS (Directeur de l'ARS, Directeur de l'offre de soins et éventuel

chargé de mission imagerie) repose donc sur plusieurs éléments : leur participation au G4R, es qualité FNMR, et sur leur implication aux URPS en tant qu'élus des syndicats représentatifs horizontaux (CSMF, FMF, SML), leurs nominations aux présidences et aux bureaux des URPS, à leurs collègues des autres spécialistes (collège 3) et aux commissions thématiques instaurées par chaque URPS.

Cette représentation passe par l'implication des radiologues libéraux qui naturellement sont issus principalement des conseils d'administration des Unions régionales de la FNMR, ce qui n'empêche pas la participation d'autres radiologues dans les URPS, au mieux membres bien sûr de la FNMR.

Tous les thèmes du SROS⁸ et du PRS⁹ sont potentiellement concernés.

Thèmes (SROS, PRS) :

- **Qualité, DPC, Pertinence des actes**
 - **Offre de soins :**
 - Démographie
 - Équipements lourds (TDM-IRM-TEP)
 - PDS
 - **Prévention : dépistages**
 - **SCIP : dont TéléRadiologie +++**
- Etc...**

Cette représentation passe aussi par leur participation dans les Conférences Régionales de Santé et d'Autonomie (CRSA), les Conférences de Territoire (Conseils Territoriaux de Santé dans la nouvelle loi de santé) et les Commissions Spécialisées dans l'offre de soins (CSOS) déterminantes pour les autorisations d'équipements lourds.

Enfin, les radiologues doivent être aussi représentés dans le domaine de la radioprotection au sein des réunions régionales organisées par l'IRSN¹⁰ et l'ASN¹¹ pour répondre aux fantasmes délétères de certains usagers mal informés, usagers avec lesquels il faut aussi créer un lien d'autant plus fort que la nouvelle loi de santé leur a accordé une place grandissante amplifiant ainsi les prémices de la loi HPST. C'est donc un réseau de radiologues libéraux motivés qu'il faut construire dans chaque région pour couvrir cette large représentation.

La FNMR a adressé un questionnaire aux présidents des Unions régionales de la Fédération, qui a obtenu une participation record (100% de réponses). Page suivante les 5 questions posées et leurs réponses :

⁸ Schéma régional de l'organisation des soins.

⁹ Plan régional de santé.

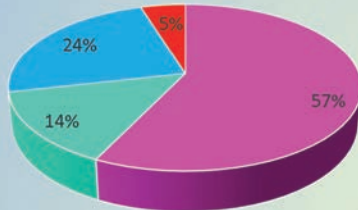
¹⁰ Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

¹¹ Autorité de sûreté nucléaire.

1) Dans votre région, la radiologie est-elle représentée vis à vis de l'ARS correspondante par :

un G4R	12	57%
un Comité Technique Régional (CRI)	3	14%
un G4R et un CRI	5	24%
aucun des 2	1	5%

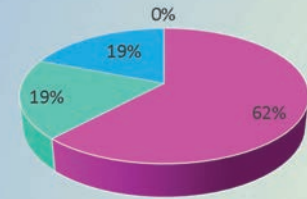
- un G4R
- un Comité Technique Régional (CRI)
- un G4R et un CRI
- aucun des 2



4) Dans votre région, le GR4 (ou le CRI) dispose-t-il d'un interlocuteur désigné à l'ARS (chargé de mission "imagerie") :

Oui officiellement	13	62%
Non	4	19%
Pas vraiment	4	19%
Je ne sais pas	0	0%

- Oui officiellement
- Non
- Pas vraiment
- Je ne sais pas

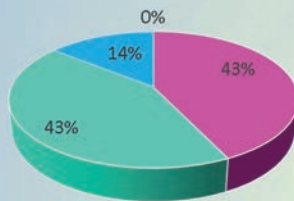


2) Dans votre région, la présidence du G4R (ou du CRI) est actuellement assurée par :

Un radiologue libéral	9	43%
Un radiologue hospitalier	9	43%
Pas de présidence officialisée	3	14%
Je ne sais pas	0	0%

La présidence du G4R (ou du CRI) est actuellement assurée par :

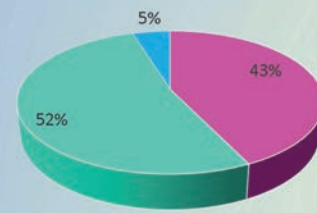
- Un radiologue libéral
- Un radiologue hospitalier
- Pas de présidence officialisée
- Je ne sais pas



5) Dans votre région, le GR4 (ou le CRI) est-il en lien direct avec l'URPS :

Oui	9	43%
Non	11	52%
Je ne sais pas	1	5%

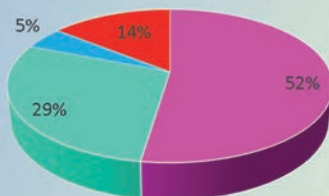
- Oui
- Non
- Je ne sais pas



3) Dans votre région, en moyenne, votre rythme annuel de réunion du GR4 (ou du CRI) est de :

1 à 2 fois	11	52%
3 à 4 fois	6	29%
jamais	1	5%
autre	3	14%

- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- jamais
- autre



Le poids des radiologues libéraux dans les URPS est directement lié à leurs cotisations aux syndicats polycatégoriels (CSMF, FMF, SML) et nous ne cesserons de rappeler l'importance de leur adhésion à ces syndicats en parallèle avec celle à la FNMR.

Leur influence dépend d'un réseau de femmes et d'hommes radiologues libéraux motivé(e)s à construire dans chaque région.

IV - Dr Martine AUSTIN

Ancienne Directrice générale de l'ARS Languedoc-Roussillon

Un préalable : le PRS

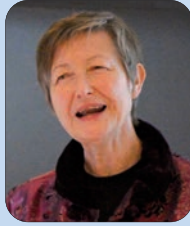
Le Plan Régional de Santé c'est :

- L'élaboration du PRS :
- Son contenu est modifié par loi de modernisation du système de santé.
- Un cadre d'orientation stratégique.

Au final, la représentation des radiologues libéraux vis-à-vis des institutionnels dont l'ARS, via les G4R (délégations régionales du G4) et les URPS, est fondamentale pour toutes les thématiques qui les concernent.

Dr Martine Aoustin

Médecin libéral puis médecin conseil de l'assurance maladie. Responsable de la mission tarification à l'activité auprès du directeur de la DHOS, aujourd'hui DGOS.



Direction de la mission ministérielle «Tarification à l'activité» au ministère de la santé.
Directrice générale de l'ARS du Languedoc Roussillon de 2009 à 2015.

- Un schéma régional de santé unique et transversal.
- Un programme régional d'accès aux populations démunies.

Le schéma régional

- Il est prospectif.
- Il évalue les besoins en implantations.
- Il est opposable.
- Schéma inter régional : pour les installation à caractère hautement technique.

Les autorisations

Les autorisations concernent :

- Radiothérapie
- Camera à scintillation
- IRM
- Scanner
- Cyclotron
- Caisson hyperbare
- Le droit des autorisations n'est pas modifié par la loi de modernisation du système de santé mais
- la nouvelle loi modifie la rédaction du texte de référence pour les manipulateurs : La nouvelle rédaction est : « *Sous la responsabilité d'un médecin* » au lieu de : « *sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement* ».
- Le dossier du promoteur doit porter sur :
 - Activité engagement bonne pratique
 - Coopérations
 - Permanence et continuité
 - Fonctionnement
 - Estimations financement – activité
 - Evaluation

Contractualisation – CPOM

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) :

- A pour objet la mise en œuvre, avec les acteurs, des objectifs du PRS et du schéma.
- Objet :
 - Objectifs : liens avec les acteurs sur l'ambition.
 - Dialogue de gestion : plan et programme – chaque acteur selon son positionnement.
- Contenu :
 - l'existant.
 - les axes d'évolution et d'amélioration.
- Visibilité permet à l'ARS et aux structures :
 - Stratégie.
 - Pilotage interne.
- Concernes les cabinets de radiologie pour autant qu'ils sont titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd.
- Reproche des professionnels : retard sur les matériels innovants ...
- Sujet : comment renoncer aux examens obsolètes selon indications.

CPOM

- Lien entre schéma/autorisation/CPOM
- Document
 - Évolutif
 - Nouveaux besoins
 - Modification si évolution du périmètre d'activité ou
 - Nouvelles autorisations
- Comité de suivi des contrats :
 - examen des demandes - propositions
- Socle commun :
 - Clauses générales
 - Le périmètre
 - Conditions de gestion et suivi
- Annexes
 - Missions selon les structures
 - Indicateurs de suivi
 - Atteinte des résultats
 - Performance – qualité - bonnes pratiques
 - Télé médecine

Télé médecine

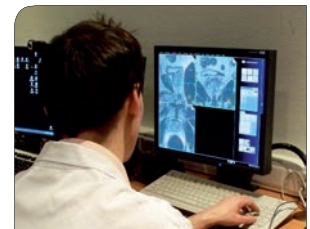
Formes de télé médecine

- Téléconsultation
- Téléeexpertise
- Télésurveillance
- Téléassistance
- Réponse médicale ...

Nécessitera un encadrement plus précis.

Contrat avec l'ARS :

- organisation
- coopérations
- Financement ... Modèle économique ... ■





Impact de la régionalisation sur les relations entre les médecins radiologues et les décideurs institutionnels

La table ronde



Dr Jean-Charles Leclerc

Les interventions des orateurs ont suscité beaucoup de réactions et de questions. Jean-Charles Leclerc, Secrétaire général de la FNMR et animateur de la séance, pose une première série de questions, notamment sur les CPOM que doivent signer les médecins radiologues pour obtenir une autorisation d'équipement.

Bruno Silberman, Premier Vice-Président de la Fédération et nouvellement réélu Président de l'URPS d'Ile-de-France, souligne que la signature d'un **CPOM**¹ est contraignante. Le CPOM est opposable aux contractants ce qui implique le respect des différents critères qui ont été mentionnés dans le contrat.



Dr Bruno Silberman

La négociation d'un CPOM va devenir un dialogue de gestion dont les radiologues, contrairement aux cliniques, n'ont pas encore l'expérience. C'est une nouvelle culture à acquérir, nécessaire pour obtenir une autorisation mais aussi pour signer sur des critères qui feront l'objet d'une évaluation et sur lesquels il faudra rendre des comptes à l'issue du contrat.

Les radiologues ne négocient pas le CPOM avec le seul directeur de leur Agence Régionale de Santé mais aussi avec les différents échelons de l'Agence.

Une radiologue, installée en Ile-de-France, constate les exigences croissantes des ARS pour accorder des **autorisations**. Ainsi, pour le dernier dossier que son GIE a déposé, l'ARS lui a demandé, entre autres, d'augmenter d'une heure le temps de travail des radiologues et des manipulateurs afin de faire 600 IRM de plus. Mais, souligne l'intervenante, avec la baisse des forfaits techniques, le résultat ne correspond évidemment plus au prévisionnel qui avait été calculé lors de la signature. La diminution du forfait technique met à mal le plan d'amortissement sur cinq ans établi au départ et pose le problème de la visibilité et de la pérennité des engagements pris.

¹ Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

² Rapport charges et produits 2015 de la CNAM

³ Direction générale de l'offre de soins

Ainsi est posée la question d'un CPOM d'une durée de 5 ans alors que les radiologues n'ont pas la visibilité nécessaire sur l'investissement à réaliser. Les exigences des ARS deviennent incompatibles avec les baisses de forfait technique. C'est un frein majeur à l'engagement des jeunes médecins.

Jacques Niney, Président honoraire de la FNMR, soulève plusieurs points. Dans certains cas, le directeur de l'ARS peut prendre des décisions qui ne sont pas conformes au SROS. La négociation d'un CPOM nécessite plus de concertation avec les médecins radiologues afin d'éviter des incohérences comme l'exigence, non conforme à la réglementation, d'une clause de 100% d'opposabilité ou encore d'un nombre minimum d'examen d'IRM pour enfants.



Dr Jacques Niney

Un reproche souvent fait aux radiologues est l'insuffisante **substitution**. Mais les radiologues ne peuvent pas réduire fortement la part de l'imagerie conventionnelle s'ils n'ont pas les autorisations d'IRM. Il est aussi incohérent que la CNAM demande² plus de radiologies conventionnelles pour l'ostéo-articulaire. Téléradiologie et permanences des soins restent aussi des problèmes en suspens.

Un radiologue fait remarquer qu'une enquête de la FNMR a montré qu'aujourd'hui le radiologue libéral a **accès à quatre heures d'IRM par semaine et entre quatre et six heures de scanner**. Le délai pour obtenir un rendez-vous, dans le cadre d'une pathologie cancéreuse, augmente à nouveau à environ 30 jours selon les enquêtes ISA et un peu moins selon l'INCa. Les orateurs de ce séminaire ont expliqué que la DGOS³ rédige des lettres de cadrage concernant les autorisations mais il est évident qu'il y a aussi une possibilité d'agir au niveau régional. Quelles sont les marges de manœuvre ?

Martine Aoustin répond que l'indicateur de **délai** est particulièrement important pour les ARS. Sur cet argument, les autorités nationales ou régionales, agissent sur les équipements susceptibles d'être distribués. En Languedoc-Roussillon, l'ARS a mis en place des indicateurs d'accès rapide, y compris en imagerie, entre le diagnostic et le traitement en ce qui concerne le cancer.



Dr Martine Aoustin

L'ARS a voulu développer des **IRM spécifiques en ostéoarticulaire** mais elle a rencontré l'opposition des radiologues qui voulait des IRM "classiques". De fait, si une structure avait déjà une IRM, une ostéo-articulaire pouvait être accordée sinon, pour des structures sans activité suffisante en ostéoarticulaire, c'est une IRM classique qui était

accordée.

Bruno Silberman rappelle que la CNAM⁴ adresse des directives nationales aux ARS, responsables des enveloppes régionales, en leur donnant des objectifs en matière de dépenses d'imagerie. C'est une limite forte à la délivrance des autorisations.

La question est posée de l'évolution des tarifs, actuellement fixés par la convention médicale. Quelle sera leur évolution? Y aura-t-il un ORDAM⁵?

Andrée Barreteau considère que les médecins radiologues ne sont pas confrontés à un marché qui pourrait les mettre en difficulté, voire en faillite. Ils sont des entrepreneurs ayant une certitude sur leur chiffre d'affaires et sur le financement, même s'il est en baisse.



Andrée Barreteau

Les tarifs des actes d'imagerie seront sans doute en baisse et il faudra trouver les moyens pour monter en charge sur la qualité. Cela fait partie de **la discussion des CPOM**.

Concernant les autorisations, Andrée Barreteau appelle les G4 à être plus innovants dans leur réflexion notamment sur **les ressources humaines**. "Les imageurs sont dans le privé et un certain nombre de malades dans le public". Des séjours sont rallongés dans les hôpitaux en attente d'actes d'imagerie car les services d'imagerie publique sont souvent en difficulté. De ce fait, dans les cinq ans à venir, la mixité sera un point important, pour la permanence des soins, pour les plateaux techniques, pour réussir en région. C'est dans ce cadre, sans doute, que de nouvelles autorisations seront données.

Face aux GHT⁶ qui se constituent avec la loi de santé, les radiologues libéraux doivent avoir une stratégie claire prenant en compte les nouvelles organisations.

Le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, rappelle que l'enquête FNMR a montré que **18% des scanners sont en déficit ainsi que 5% des IRM**. Il souligne également que les médecins



Dr Jean-Philippe Masson

radiologues, libéraux et hospitaliers, se sont réunis pour élaborer le projet professionnel commun, qui vient d'être adopté par le Parlement, pour apporter des réponses à l'organisation de l'imagerie dans les régions.

Les radiologues libéraux s'impliquent dans les hôpitaux et font tout leur possible pour aider leurs confrères hospitaliers mais ils sont peu

soutenus par les directeurs d'hôpitaux. Ils ont aussi l'impression que, lors des demandes d'autorisations, les installations hospitalières sont systématiquement privilégiées même s'il n'y a pas de radiologues en poste alors que les radiologues libéraux sont capables de faire fonctionner un équipement et de prendre en charge les patients hospitalisés.

Pour Martine Aoustin, l'approche par les autorités du **projet professionnel commun** va changer avec la mise en place des GHT. Demain, des organisations, des projets médicaux fédéreront les hôpitaux entre eux. Les médecins radiologues libéraux devront s'investir davantage pour que leur demande de renouvellement d'autorisation ne soit pas accordée à un autre établissement appartenant à un GHT. Les G4 régionaux devront se positionner face aux GHT afin de pouvoir y participer.

Un participant fait remarquer que tels qu'ils sont décrits dans la loi, les GHT paraissent très « hospitalocentrés » et public-public. Que peuvent faire les radiologues libéraux pour s'y inscrire ?

Pour Bruno Silberman, les GHT ont pour objectif de regrouper d'abord les hôpitaux publics entre eux puis ensuite les hôpitaux privés à but non lucratif qui collaborent avec eux, et enfin, éventuellement, les structures privées, quelles qu'elles soient. Ces regroupements impliquent la participation de plusieurs directeurs d'hôpitaux et plusieurs communautés médicales. Il faut que les prérogatives de chacun, et chacune, soient définies. Un exemple, en cardiologie, à Cavillon laisse interrogateur. Le secteur public et le secteur privé collaboraient depuis longtemps sur l'angioplastie. Il a été demandé au directeur de l'hôpital d'envoyer ses angioplasties à un hôpital du GHT et de cesser sa collaboration avec les libéraux. Ainsi, les collaborations public-privé, qui se font dans tous les territoires, risquent d'être remises en cause par ces groupements hospitaliers.

Les participations du secteur privé dépendront donc aussi de la vision politique et de la gouvernance régionale.

Il faut ajouter qu'actuellement lorsque les hôpitaux passent des contrats, ils bénéficient de financements. **Le secteur privé peut prendre en charge la territorialité**, s'impliquer dans le service public, prendre en charge les malades de tel hôpital, mais cela a un coût et il devrait bénéficier des subventions pour Missions d'Intérêt Général. A ce jour, le président de l'URPS d'Ile-de-

⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

⁵ Objectif régional de dépenses d'assurance maladie

⁶ Groupements Hospitaliers de Territoires

France observe que la contractualisation n'a apporté presque aucun financement pour les radiologues libéraux. Qu'en sera-t-il à l'avenir ?

André Barreteau rappelle que des financements pour la permanence des soins ont été accordés en Ile-de-France à des cliniques qui y participaient. **La stratégie à recommander pour les G4 régionaux** dans le cadre des GHT est d'avoir des projets territoriaux de PDS ES ⁷. Les radiologues libéraux ont intérêt à négocier une PDS ES avec des moyens octroyés par les Agences. Andrée Barreteau pense que beaucoup d'Agences iront vers cette stratégie.



Dr Philippe Arramon-Tucco

Philippe Arramon-Tucco considère que les GHT sont un danger pour les radiologues libéraux. La réorganisation des hôpitaux avec les hôpitaux périphériques montre leur volonté de récupérer de la patientèle. Par ailleurs, il souhaite qu'un bilan des IRM ostéoarticulaires soit fait.

La PDS ES peut se faire avec une mutualisation public-privé mais ce ne doit pas être un dogme. De plus, il ne

faut pas que la mutualisation public-privé soit une obligation, qui n'aurait pas lieu d'être, dans le cadre d'un appel d'offres.

Le Président de la nouvelle région du Sud-Ouest dénonce des situations dans lesquelles il est demandé au secteur privé, qui assure une activité 24/24, de venir sauver des hôpitaux sans radiologues. Les sauvetages de petits hôpitaux se font souvent au détriment d'établissements privés qui sont mis en difficulté. Une des conséquences de cette politique est que certains territoires sont désertés par les médecins. Enfin, il faut tenir compte des pressions politiques qui parasitent énormément l'organisation des soins.

Martine Aoustin rappelle qu'il est possible que **les MIG** soient prises en compte pour soutenir l'activité d'une structure qui pallie un défaut de mise en place d'équipements ou de ressources humaines dans un hôpital, puisqu'au travers de cette activité, la structure répond à une Mission d'Intérêt Général. Certains établissements publics sont dans l'incapacité d'assurer la permanence des soins, notamment en radiologie. La seule solution est **d'organiser la PDS en commun** et que le privé la prenne en charge et soit financé.

En Languedoc-Roussillon, des radiologues libéraux ont été "implantés" dans des établissements publics qui n'avaient pas de service de radiologie.

C'est par ces voies que les radiologues libéraux pourront s'insérer dans les GHT.

Un radiologue élu URPS faire part de son expérience, lors du précédent mandat. Dans sa région, les radiologues ont mis en place un G4 régional et se sont investis dans **le comité régional d'imagerie médicale favorisant ainsi le dialogue avec le directeur de l'ARS**. Le CPOM a été discuté en comité régional

d'imagerie, ce qui a permis de détecter une obligation, non légale, imposée aux radiologues en matière de transmission des comptes rendus par le biais d'un système régional. Cette obligation n'ayant aucun fondement légal, les radiologues sont donc restés libres du choix de leur fournisseur. Le G4 régional a imaginé une solution alternative qui a finalement été retenue.

Le dernier sujet abordé dans le débat est celui de la **téléradiologie** dont la Charte, rédigée par le G4, précise bien qu'il s'agit d'un acte médical. Mais cette Charte est loin d'être toujours respectée.

La téléradiologie est un outil intéressant à l'échelle du territoire. Mais de plus en plus d'hôpitaux isolés, de périphérie, ont recours à des sociétés commerciales qui ne respectent pas la Charte au lieu de faire appel à une structure régionale ou locale. Comment éviter le développement de cette téléradiologie commerciale et amener les hôpitaux à se tourner vers une solution territoriale ?

La réponse d'Andrée Barreteau est une **négociation globale au niveau du territoire**. Des "diagnostics territoriaux" seront indispensables pour déterminer les grands projets qui feront le PRS ⁸. Les G4 y auront un rôle important et devront présenter leur projet régional par territoire. Ces projets devront comprendre un volet sur le partage de la PDS ES et la télé-médecine.

Les ARS étant dans un moment de négociation de leur organisation territoriale, les radiologues ont intérêt à présenter un projet le plus complet possible. Le projet doit reposer sur une analyse des ressources humaines : quelles ressources humaines, dans quel territoire, pour faire quoi ? Les questions techniques, comme la télé-médecine ou les autorisations d'équipements viennent ensuite.

Martine Aoustin partage l'analyse d'Andrée Barreteau sur **l'intérêt du G4 et la nécessité qu'il s'engage sur un projet régionalisé**, décliné sur les territoires, très différents en matière d'imagerie et de téléimagerie.

Les blocages par des directeurs d'hôpitaux peuvent être motivés par la volonté de préserver une certaine autonomie. Il peut être plus facile pour certains hôpitaux de travailler avec un prestataire extérieur qu'avec des radiologues locaux.

Mais si le G4 a une force suffisante dans ce regroupement public-privé, avec une réelle ambition, il est possible d'obtenir de l'ARS, et même des directeurs d'établissements, un soutien à des propositions concrètes.

Philippe Arramon Tucco souligne qu'il faut aussi associer les URPS aux G4.

Jean-Philippe Masson observe que si les directeurs d'établissements ont une approche différente des relations avec le secteur libéral, les directeurs d'ARS ont, eux aussi, des visions différentes. Le travail de réflexion engagé avec ce séminaire à la suite des élections aux URPS devra être poursuivi. Les nombreuses questions soulevées et qui n'ont pas pu être toutes traitées méritant d'autres rencontres. ■

⁷ Permanence des soins en établissement de santé

⁸ Plan régional de santé



Les Bureaux des URPS

URPS - ALSACE - CHAMPAGNE ARDENNE - LORRAINE

BUREAU :

Présidente :

Dr Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES - Généraliste - SML

Vice-Présidents :

Dr Anne BELLUT - Dermatologue - CSMF

Dr Bertrand LLAGONNE

- Chirurgien orthopédique et traumatologie - LE BLOC

Secrétaire général :

Dr Marcel RUETSCH - Généraliste - FMF

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Pascale BERTON-NASCA - Psychiatre - FMF

Dr Odile KUSY - Généraliste - MG FRANCE

Trésorier :

Dr Thierry RESSEL - Psychiatre - SML

Trésorier adjoint :

Dr Elisabeth ROUSSELOT-MARCHE - Généraliste - CSMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Damien BREIDT - Radiologue - FMF

Dr Nicolas HENON - Radiologue - CSMF

Dr Vincent MILION - Radiologue - SML

Dr Jérôme ROUGER - Radiologue - SML



URPS - AQUITAINE - LIMOUSIN - POITOU CHARENTES

BUREAU :

Président :

Dr Philippe ARRAMON-TUCOO - Radiologue - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Philippe BOUTIN - Généraliste - CSMF

Dr Kamel HAMTAT - Généraliste - FMF

Dr Stéphane LACHER-FOUGERE - Oto-rhino-laryngologiste - SML

Dr Jean-Pierre LAPLACE - Gynécologue - LE BLOC

Dr Didier SIMON - Généraliste - MG FRANCE

Secrétaire générale :

Dr Dominique DISCAZEUX - Psychiatre - SML

Secrétaires adjoints :

Dr Philippe BOUCHAND - Généraliste - SML

Secrétaire adjoint pôle Poitou-Charentes

Dr Jean-Luc DELABANT - Généraliste - CSMF

Secrétaire adjoint pôle Aquitaine

Dr Patrick MOUNIER - Généraliste - SML

Secrétaire adjoint pôle Limousin

Trésorier :

Dr Jean-Charles BOURRAS - Radiologue - SML

Trésoriers adjoints :

Dr Claude BERRARD - Généraliste - CSMF

Trésorier adjoint pôle Limousin et Poitou-Charentes

Dr Frédéric CORDET - Hépto-gastro-entérologue - CSMF

Trésorier adjoint pôle Aquitaine

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Président :

Dr Bernard LE BRUN - Radiologue - CSMF

Dr Philippe ARRAMON-TUCOO - Radiologue - CSMF

Dr Jean-Charles BOURRAS - Radiologue - SML

Dr Eric CHAVIGNY - Radiologue - CSMF

Dr François JAMBON - Radiologue - CSMF

Dr Dominique MASSEYS - Radiologue - SML



URPS - AUVERGNE - RHONE ALPES

BUREAU :

Président :

Dr Pierre-Jean TERNAMIAN - *Radiologue* - FMF

Vice-Présidents :

1^{er} V-P : Dr Roland RABEYRIN - *Généraliste* - MG France

2^{ème} V-P : Dr Yannick FREZET - *Généraliste* - CSMF

Secrétaire :

Dr Vincent REBEILLE BORGELLA - *Généraliste* - MG France

Premier secrétaire adjoint :

Dr Pierre PEGOURIE - *Ophthalmologiste* - CSMF

Trésorier :

Dr David MACHEDA - *Généraliste* - FMF

Trésorier adjoint :

Dr Jean Pierre BINON - *Cardiologue* - CSMF

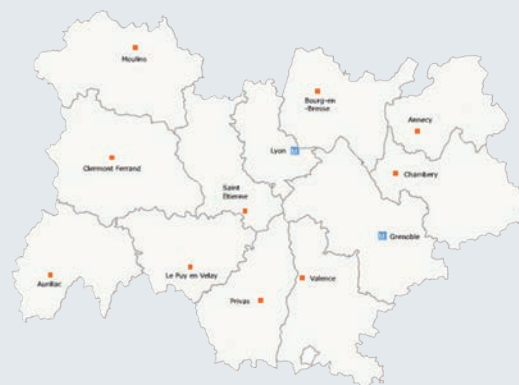
RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Alain FRANCOIS - *Radiologue* - CSMF

Dr Yves MINO VERCELLIS - *Radiologue* - FMF

Dr Eric TEIL - *Radiologue* - CSMF

Dr Pierre-Jean TERNAMIAN - *Radiologue* - FMF



URPS - BASSE ET HAUTE NORMANDIE

BUREAU :

Président :

Dr Antoine LEVENEUR - *Généraliste* - FMF

Vice-Présidents :

1^{er} V-P : Dr Marc DURAND-REVILLE - *Gynécologue obstétricien*
- LE BLOC-FMF

2^{ème} V-P : Dr Gilles TONANI - *Généraliste* - FMF

3^{ème} V-P : Dr Catherine GINDREY - *Pédopsychiatre* - FMF

Secrétaire général :

Dr Frédéric JEGOU - *Anesthésiste réanimateur* - SML

Secrétaires généraux adjoints :

1^{er} S G A : Dr Philippe MAUBOUSSIN - *Généraliste* - FMF

2^{ème} S G A : Dr Bruno BUREL - *Généraliste* - SML

3^{ème} S G A : Dr Bruno MASSON - *Chirurgien orthopédiste*
- LE BLOC-FMF

Trésorier :

Dr Thierry LEMOINE - *Généraliste* - FMF

Trésorier adjoint :

Dr Marc BARRIERE - *Généraliste* - FMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Bertrand CHALLINE - *Radiologue* - CSMF

Dr Laurent VERZAUX - *Radiologue* - CSMF



URPS - BOURGOGNE - FRANCHE COMTE

BUREAU :

Président :

Dr Eric BLONDET - Neuro-chirurgien - LE BLOC

Vice-Présidentes :

1^{er} V-P : Dr Christine BERTIN-BELOT - Généraliste - SML

2^{ème} V-P : Dr Anne-Laure BONIS - Généraliste - MG FRANCE

Secrétaire :

Dr Christophe THIBAUT - Généraliste - FMF

Secrétaires généraux adjoints :

1^{er} S G A : Dr Pascal PETIT - Anesthésiste-réanimateur - LE BLOC

2^{ème} S G A : Dr Marc GIUSTI - Généraliste - MG FRANCE

Trésorier :

Dr Didier MATHEY - Psychiatre - FMF

Trésorier adjoint :

Dr Jean-Yves COBACHO - Radiologue - SML

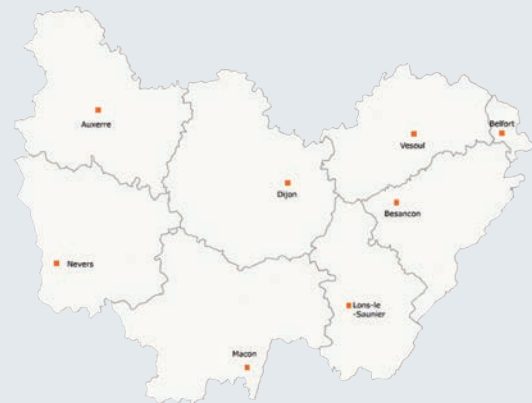
RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Philippe CLERE - Radiologue - CSMF

Dr Jean-Yves COBACHO - Radiologue - SML

Dr Erick PEYSSONNEAUX - Radiologue - SML

Dr Jacques VICENTE - Radiologue - LE BLOC



URPS - BRETAGNE

BUREAU :

Président :

Dr Nikan MOHTADI - Généraliste - FMF

Vice-Présidents :

Dr Loïc KERDILES - Anesthésiste - LE BLOC

Dr Jean-François LE PODER - Cardiologue - SML

Secrétaire générale :

Dr Nicole COCHELIN - Dermatologue - FMF

Secrétaires adjoints :

Dr Thierry LABARTHE - Généraliste - SML

Dr Pascal LAMY - Généraliste - FMF

Trésorière :

Dr Catherine GUERIN - Gynécologue - FMF

Trésorier adjoint :

Dr Lucas BEURTON-COURAUD - Généraliste - MG FRANCE

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Eric CHEVALLIER - Radiologue - CSMF

Dr Jérôme POIRIER - Radiologue - SML

Dr Luc PRIGENT - Radiologue - FM



URPS - CENTRE - VAL DE LOIRE

BUREAU :

Président :

Dr Raphaël ROGEZ - Neurologue - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Mathieu LECUIT - Chirurgien Orthopédiste - LE BLOC

Dr Alice PERRAIN - Généraliste - MG FRANCE

Secrétaire :

Dr Corinne LE SAUDER - Généraliste - FMF

Secrétaires adjoints :

Dr Amin AFIF - Pneumologue - FMF

Dr Parvine BARDON - Gynécologue Obstétricienne - SML

Trésorier :

Dr Pierre BIDAUT - Généraliste - CSMF

Trésorier adjoint :

Dr Pascale RENAUD - Généraliste - SML

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Djamel HAMDJ - Radiologue - FMF

Dr Philippe MOYSAN - Radiologue - CSMF



URPS - CORSE

BUREAU :

Président :

Dr Antoine GRISONI - Généraliste - CSMF

Vice-Présidents :

1^{er} V-P : Dr Florence OTTAVY - Dermatologue - CSMF

2^{ème} V-P : Dr François AGOSTINI - Généraliste - CSMF

Secrétaire général :

Dr Laurent TINSI - Chirurgien orthopédiste - CSMF

Secrétaires généraux adjoints :

1^{er} S G A : Dr Ange LEONETTI - Radiologue - CSMF

2^{ème} S G A : Dr Augustin VALLET - Généraliste - CSMF

Trésorier :

Dr Bernard DIANOUX-STEFANI - Généraliste - CSMF

Trésorier adjoint :

Dr Francis SAUCH - Gastro-entérologue - CSMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Pierre-Louis KAEMMERLEN - Radiologue - CSMF

Dr Ange LEONETTI - Radiologue - CSMF



URPS - ILE DE FRANCE

BUREAU :

Président :

Dr Bruno SILBERMAN - *Radiologue* - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Frédéric PRUDHOMME - *Gastro-entérologue et hépatologue* - SML

Dr François WILTHIEN - *Généraliste* - MG FRANCE

Secrétaire général :

Dr Eric TANNEAU - *Psychiatre* - SML

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Dominique GIGNAC - *Oto-rhino-laryngologiste* - SML

Dr Jean-Luc LEYMARIE - *Médecine générale* - SML

Trésorier :

Dr Georges SIAVELLIS - *Généraliste* - CSMF

Trésorier adjoint :

Dr Marc BAILLARGEAT - *Généraliste* - SML

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Pierre BHAVSAR - *Radiologue* - SML

Dr Christian HUBER - *Radiologue* - SML

Dr Bruno SILBERMAN - *Radiologue* - CSMF



URPS - LANGUEDOC ROUSSILLON - MIDI-PYRENEES

BUREAU :

Président :

Dr Maurice BENSOUSSAN - *Psychiatre* - SML

Vice-Présidents :

1^{er} V-P : Dr Jean-Louis BENSOUSSAN - *Généraliste* - MG FRANCE

2^{ème} V-P : Dr Philippe CUQ - *Chirurgien vasculaire* - LE BLOC

Secrétaire général :

Dr Michel COMBIER - *Généraliste* - CSMF

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Marc EGOUMENIDES - *Généraliste* - SML

Dr Marie-Josée RENAUDIE - *Gynécologue* - FMF

Trésorier :

Dr Jean-Marc LARUELLE - *Généraliste* - FMF

Trésorier adjoint :

Dr Pierre DALBIES - *Gastro-entérologue et hépatologue* - CSMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Pierre MAQUIN - *Radiologue* - CSMF

Dr Jean-Louis PUECH - *Radiologue* - SML

Dr Patrick REDON - *Radiologue* - FML

Dr Patrick SOUTEYRAND - *Radiologue* - CSMF

Dr Jean TROCARD - *Radiologue* - FMF



URPS - NORD PAS DE CALAIS - PICARDIE

BUREAU :

Président :

Dr Philippe CHAZELLE - *Stomatologue* - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Françoise COURTALHAC - *Généraliste* - FMF

Dr Dominique PROISY - *Pneumologue* - CSMF

Secrétaire :

Dr Jean-Paul KORNOBIS - *Généraliste* - SML

Secrétaires adjoints :

Dr Jean-Pierre URBAIN - *Radiologue* - CSMF

Dr Bénédicte VERMOOTE - *Généraliste* - SML

Trésorier :

Dr Bertrand DEMORY - *Généraliste* - CSMF

Trésorier adjoint :

Dr Loïk MOREL - *Gastro-entérologue* - FMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Jean-Christophe DELESALLE - *Radiologue* - SML

Dr Jean-Charles GUILBEAU - *Radiologue* - CSMF

Dr Pierre-François ROBACHE - *Radiologue* - CSMF

Dr Jérémie SAVAGE - *Radiologue* - SML

Dr Jean-Pierre URBAIN - *Radiologue* - CSMF



URPS - PAYS DE LA LOIRE

BUREAU :

Président :

Dr Jean-Baptiste CAILLARD - *Cardiologue* - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Philippe DELORME - *Généraliste* - MG FRANCE

Dr Laurent PONS - *Généraliste* - SML

Secrétaire :

Dr Jean-Gérald BERTET - *Généraliste* - CSMF

Secrétaires adjoints :

Dr Pascal ARRIVE - *Généraliste* - FMF

Dr Marc RICHER de FORGES - *Chirurgien vasculaire et thoracique* - LE BLOC

Trésorier :

Dr François GASSIN - *Pédiatre* - SML

Trésorier adjoint :

Dr Véronique PISTORIUS ENGINGER - *Dermatologue* - CSMF

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Dr Emmanuelle DELFAUT - *Radiologue* - CSMF

Dr Olivier GUENEGO - *Radiologue* - CSMF

Dr Hervé JOUAN - *Radiologue* - SML



URPS - MARTINIQUE et GUYANE / BUREAUX : En attente des résultats.

URPS - PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

BUREAU :

Président :

Dr Laurent SACCOMANO - Médecin vasculaire - SML

Vice-Présidents :

Dr Simon FILIPPI - Généraliste - MG FRANCE

Dr Claude MAILAENDER - Chirurgien orthopédiste - CSMF

Secrétaire général :

Dr Serge CINI - Généraliste - MG FRANCE

Secrétaires généraux adjoints :

Dr François TURK - Gynécologue obstétricien - SML

Dr Philippe SAMAMA - Cardiologue - CSMF

Trésorier :

Dr Michel GALEON - Radiologue - SML

Trésorier adjoint :

Dr Wilfrid GUARDIGLI - Généraliste - MG FRANCE

RADIOLOGUES ÉLUS COLLÈGE 3 :

Président :

Dr Eric GUILLEMOT - Radiologue - CSMF

Dr Olivier BARBANCON - Radiologue - CSMF

Dr Michel GALEON - Radiologue - SML

Dr Michel MORO - Radiothérapeute - CSMF



URPS - GUADELOUPE

BUREAU :

Président :

Dr Guy URSULE - Psychiatre

Vice-Présidents :

Dr Rolland AUCAGOS - Ophtalmologue

Dr Betty CLAMAN - Généraliste

Secrétaire générale :

Dr Frédérique DULORME - Pédiatre

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Jack BADE - Pédiatre

Dr Gilbert GENDREY - Généraliste

Trésorière :

Dr Enna HAMOT - Généraliste

Trésorier adjoint :

Dr Alain ZIMBAN - Généraliste



URPS - REUNION

BUREAU :

Président :

Dr Christine KOWALCZYK - Généraliste - CSMF

Vice-Présidents :

Dr Olivier BORSON - Radiologue - CSMF

Dr Christophe CAZERES - Chirurgien viscérale et digestif - CSMF

Secrétaire générale :

Dr Flore BETTINI - Généraliste - CSMF

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Sandrine BORDIER - Généraliste - CSMF

Dr Michel DERKASBARIAN - Généraliste - MG FRANCE

Trésorier :

Dr Frédéric VASSAS - Stomatologue - CSMF

Trésorière Adjointe :

Dr Nabila FOUCRET - Gériatre - CSMF





L'URPS devra se tourner plus encore vers les territoires

Les URPS ML¹ vont devoir s'adapter à cette nouvelle donne qu'est la loi de santé. Nous l'avons fortement combattue, syndicats unis et manifestation de 50 000 personnes à l'appui. Cela n'a pas suffi. Pas assez nombreux à Paris ? Sans doute. Pas assez d'investissement local, peut-être. Détermination du gouvernement ? Certainement. Même si le TPGO (tiers payant généralisé obligatoire) est retoqué par le Conseil constitutionnel, de gros morceaux restent dans la loi. Notre rôle va de ce fait devoir être plus combatif car nous avons devant nous, de façon générale et en ce qui concerne l'imagerie en particulier, des enjeux très importants. Cette convergence syndicale, signe évident de la gravité de la situation pour la médecine libérale, doit perdurer dans les URPS face à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'URPS ML devra se tourner encore plus vers les territoires, lieux d'attention tout particulier des ARS. Nous devons être présents partout et particulièrement engagés dans les plates formes d'appui qui seront mises en place localement. Véritable challenge car, dans les régions regroupées comme Aquitaine Poitou-Charentes et Limousin, le nombre d'élus a diminué. Il faudra donc solliciter de façon plus importante que par le passé des bonnes volontés qui comprendront l'enjeu de cet engagement.

Dans le domaine de l'imagerie, plusieurs dossiers : les GHT (Groupement Hospitaliers de Territoire), véritable machine de guerre mise à disposition du public par la loi. C'est l'organisation de l'offre hospitalière publique sous la gouvernance du CHU sur un mode de réseau allant du CHU jusqu'aux hôpitaux locaux en passant par les CHG. On peut ainsi facilement imaginer le drainage d'activité que cela pourra représenter, l'hôpital « hors les murs » dans les territoires. L'hospitalisation privée aura, dans ce système, la part congrue et n'aura probablement plus les coudées aussi franches que par le passé. Cela peut aussi nous interpeller dans le cadre de nos activités dans ces établissements.

Les autorisations d'installation et de renouvellement des EML (scanner et IRM pour nous) seront certainement plus compliquées à obtenir et à renouveler sans accepter des contraintes supplémentaires. Les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectif et de Moyens) que nous devons signer pour ces dossiers seront de toute évidence plus fournis avec des contraintes pas toujours justifiées et surtout seront, contrairement à aujourd'hui, regardés de très près au moment des renouvellements d'autorisation. C'est au niveau du SROS imagerie (Schéma Régional d'Organisation des Soins), avec le Conseil professionnel régional (G4 régional), que nous intervenons et au niveau de la CSOS (Commission Spécialisée de l'Offre de Soins) qui donne son avis sur tous ces dossiers. Nous y sommes les seules personnes capables d'y apporter un éclairage technique et parfois de faire bouger les lignes sur des projets mal partis. Il est indispensable pour cela que les promoteurs de dossiers se mettent en rapport avec les élus radiologues afin de préparer au mieux le passage en CSOS de leur dossier.

La Permanence des Soins en Etablissement de Santé (PDS ES) est un dossier que portent toutes les URPS ML avec, il faut l'avouer, peu ou pas de résultat, voir des retours en arrière dans certaines régions ! C'est inadmissible aujourd'hui de ne pas reconnaître cette mission de service public effectuée, entre autres, par les

radiologues au sein des établissements recevant les urgences. Les URPS ML ne doivent pas céder sur ce dossier et être encore plus combattives lors de cette nouvelle mandature. Une ligne d'astreinte en imagerie interventionnelle ne suffit pas à couvrir les besoins en imagerie des établissements recevant des urgences.

La MSS (Messagerie Sécurisée en Santé) est un objectif essentiel à mettre en production dans l'année qui vient. L'« espace de confiance » national enfin effectif, va nous permettre d'intégrer cette messagerie en région. Encore faut-il obtenir une simplification d'usage nécessaire à son utilisation et sur laquelle il faut être intransigeant, aussi bien avec les structures régionales qui gèrent ce dossier qu'avec nos éditeurs de logiciels.

La téléimagerie est également un gros dossier à l'URPS ML avec des projets dans certaines régions de PACS régional qui ont de quoi inquiéter sur le plan administratif, financier, dépendance et identitovigilance, le NIS (numéro d'identifiant national en santé) n'étant semble-t-il plus trop d'actualité.

Les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) au travers de la Conférence Régionale des Présidents de CME ont besoin d'une aide logistique que peut leur apporter l'URPS ML ce que nous faisons depuis de nombreuses années en Aquitaine.

L'URPS ML peut aussi mener des enquêtes sur le métier, travailler sur l'entreprise médicale, réfléchir sur l'arrivée massive des mutuelles et monter des réunions pour parler de tout cela avec des intervenants de premier plan. Encore faut-il que nos confrères soient au rendez vous de ces actions.

Nous sommes trois radiologues présidents d'URPS ML de trois grandes régions sur les dix-huit. C'est certainement une chance pour la profession pour mener à bien tous ces dossiers transversaux qui impactent la spécialité. Cinq radiologues élus en Aquitaine Poitou-Charentes et Limousin. Cet engagement fort des radiologues n'est pas étonnant compte tenu de nos difficultés actuelles et probablement futures. Il faut être présent mais aussi soutenu par toute la profession car c'est cela qui fera aussi notre force et notre détermination. ■

Dr Philippe ARRAGON-TUCOO
Président de l'UPRS
Aquitaine Poitou-Charentes et Limousin



¹ Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecins Libéraux



Un médecin radiologue président d'une URPS : handicap et avantage ?

La loi de santé de Marisol Touraine qui vient d'être publiée ne se limite pas au tiers-payant généralisé et obligatoire qui a fait l'unanimité dans l'opposition des médecins libéraux. C'est aussi une loi qui consacre l'hôpital public comme l'alpha et l'oméga de toute l'organisation territoriale de l'offre de soins :

- En créant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui s'impose à tous les établissements publics, avec un risque encore plus important de les privilégier au dépens des « cliniques » en matière d'activités de soins soumises à autorisation par les Agences Régionales de Santé. Ce risque concerne l'imagerie en coupe (EML), et va donc concerner tous nos plateaux techniques et cabinets qu'ils soient adossés ou non à un établissement, dès qu'il s'agira d'autoriser ou de renouveler des activités de scanner, d'IRM ou de médecine nucléaire.
- En revenant sur les possibilités ouvertes au secteur privé par la loi Bachelot de participer pour partie aux missions de service public sur un territoire et en créant un socle global (Service Public Hospitalier, ou SPH) qui par nature sera l'apanage des nouveaux GHT qui pourront s'en prévaloir pour obtenir des autorisations au dépend du privé.
- Ces deux éléments risquant de remettre en cause les partenariats public-privés locaux anciens et nouveaux et il faut craindre que la mise en œuvre des projets d'imagerie commun de territoire, qui étaient défendus par le G4 au nom de toute la profession, ne soient repoussés à quelques années bien que cette nouvelle loi de santé en ouvre la possibilité avec l'article 113 sur les plateaux mutualisés d'imagerie.

“ Nombreux sont les radiologues élus au sein des Unions, ils auront à cœur de faire ce lien essentiel entre les Unions régionales des radiologues, les G4 et les URPS. ”

Directeur général de l'Agence sans véritables possibilités de recours contre ses décisions, lorsqu'elles sont dogmatiques. C'était déjà le cas avant comme par exemple dans le Nord à propos de la prise en charge des urgences coronariennes réservées au secteur public. Avec cette loi et sa philosophie anti libérale on ne peut que s'inquiéter.

Ce sont les ARS des nouvelles grandes régions, renforcées encore dans leurs missions par cette loi hospitalo-centrée, qui seront les arbitres de tout cela et tout dépendra d'une seule personne le

Face à l'ARS et nous concernant, il n'y aura que les URPS et les Conseils Professionnels régionaux (G4 régionaux) pour promouvoir et défendre la place de l'imagerie libérale dans nos régions. Dans un grand nombre des anciennes régions, les G4 n'étaient pas ou plus ou très accessoirement consultés par les ARS, car rien ne les y obligeaient. Seules les URPS sont sollicitées pour les enjeux de l'imagerie, qu'il s'agisse du Schéma Régional de l'Organisations de Soins en imagerie (SROS), de la télémédecine ou des systèmes d'Information. Il importe donc pour la profession dans chaque région de bien se coordonner avec ces URPS et fort heureusement, nombreux sont les radiologues élus au sein des Unions. Une grande partie d'entre eux sont membres de la FNMR et ils auront à cœur de faire ce lien essentiel entre les Unions régionales des radiologues, les G4 et les URPS. Dès à présent et dans les années qui viennent, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) que vont signer les titulaires d'autorisation de scanner, d'IRM ou de TEP sont devenus « d'authentiques » procédures qu'il s'agisse de nouvelles autorisations ou de renouvellement. Les engagements signés seront suivis et devront être respectés et il faudra que les radiologues, tout comme les directeurs de clinique l'on fait depuis longtemps, apprennent les règles de ces négociations dite contractuelles avec l'Etat/ARS.

Pour moi, en tant que Président d'une URPS, notre mission à ce niveau est de promouvoir les projets libéraux mais aussi de protéger, contre les abus de pouvoir de certains "shérifs" locaux, de leur parti pris voire de leur dogmatisme, l'intérêt des médecins libéraux quelle que soit la spécialité ou le lieu d'exercice en ville comme en clinique. Etre radiologue est sans doute un avantage pour bien identifier les enjeux de l'imagerie dans une région, et pour travailler en cohérence avec les G4, mais l'URPS c'est avant tout le travail d'une équipe surtout dans ces grandes et nouvelles régions. L'action d'une URPS est d'autant plus efficace qu'elle est solidaire, transversale entre les spécialités et les modes d'exercice et s'appuie sur les acteurs du terrain qui en connaissent les réalités. ■

Dr Bruno SILBERMAN

Premier Vice-Président de la FNMR
Président de l'URPS d'Ile-de-France





Faire "entendre" notre écriture du SROS

L'un des thèmes de cette revue « Le Médecin radiologue de France », est les URPS, Unions Régionales des Professionnels de Santé. L'URPS, pour beaucoup d'entre vous, c'est lointain et vague et cela fait surface tout les cinq ans, où vous recevez un bulletin de vote avec des listes syndicales. Vous y reconnaissez des noms de confrères, souvent ceux de la FNMR du département et certains d'entre vous votent...

L'ARS par contre, la majorité d'entre nous l'associe probablement à nos demandes ou renouvellements d'équipements lourds. C'est concret et cela revient en vagues pour chaque machine TDM ou IRM. Mais les URPS et les Agences Régionales de Santé, c'est bien plus que ces deux remarques très radio centrées.

A la suite de l'URML (Union régional des médecins libéraux), l'URPS médecins a été mise en place, il y a cinq ans avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Ces trois dernières années passées ont conduit à la loi du 16 Janvier 2016. Loi que tous les syndicats médicaux ont combattue en vain. Le contexte de la nouvelle loi de santé nous lance un challenge en terme d'organisation professionnelle et interprofessionnelle en intégrant la notion de territoire dans la poursuite de la logique de la loi HPST. Et nous avons la nouvelle convention pour 2016.

Bien sûr, nous savons tous que le tiers payant généralisé intégrant les facturations aux 800 mutuelles nationales est une utopie dispendieuse que le directeur de la CNAM, Nicolas REVEL, avait fort bien exposé et exclu dans un avenir proche, et que le Conseil constitutionnel a retoqué, même si certaines structures de radiologie ont depuis longtemps franchi le pas.

En revanche, les communautés territoriales de professionnels de santé sont le véritable enjeu car la loi crée les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui ne rassemblent que les acteurs hospitaliers publics et qui risquent de s'arroger entre eux le contrôle de toutes les activités d'urgence et de mettre ainsi en péril en cascade les filières privées.

La loi selon les ARS s'organise officiellement en trois axes majeurs :

- Le parcours du patient comme axe central de l'organisation des actions de santé (prévention, soins et médico-social).
- L'animation territoriale comme levier opérationnel de l'Agence pour cette organisation.
- La réduction des inégalités territoriales et sociales de l'efficience des systèmes et des acteurs au service des patients.

L'URPS est en théorie le représentant des médecins libéraux pour l'ARS mais son influence dépend, en fait, de ses élus, de leur implication et au final du bon vouloir du Directeur général de l'ARS. Depuis longtemps les G4, dont je rappelle qu'ils rassemblent dans un gâteau quatre parts, le Collège des enseignants en radiologie CERF, le syndicat des PH (le SRH), la FNMR et la SFR, participent avec les Comités régionaux d'Imagerie Médicale (CRIM) des ARS, quand ils existent, à la carte sanitaire des équipements lourds. Car les scanners et les IRM dépendent d'une autorisation via le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROS),

défini par les ARS. Ce SROS pluri-annuel est préparé en amont par les commissions spécialisées de l'ARS où siègent de droit mais très minoritairement les élus URPS. Présents au sein de la CRSA¹, de ses commissions spécialisées type CSOS², et de nombreux comités de pilotage et autres instances de l'agence, les élus de l'URPS doivent donc s'impliquer dans les travaux préalables de diagnostic de terrain, de suivi du nouveau projet régional de santé, des schémas et programmes qui en découlent. Sinon, les médecins libéraux seront exclus et ces GHT publics prendront le dessus définitivement. A nous de faire entendre notre écriture du SROS, et d'y participer. L'URPS doit défendre les projets libéraux. Il est donc important que de nombreux radiologues figurent parmi les élus URPS. Ainsi trois régions et non des moindres, sont présidées par des radiologues : Ile-de-France, Aquitaine Poitou-Charentes Limousin, et Auvergne Rhône Alpes. A nous de défendre au sein des URPS tous les projets libéraux.

A nous de défendre la place de notre médecine libérale pour nos patients qui y sont attachés. Sa compétence, ils la connaissent. Nous sommes en crise démographique. A nous d'imaginer des solutions qui feront que nos successeurs auront envie de venir s'installer dans nos régions. Nous sommes tous spécialistes, et nous devons aussi être dans les parcours de soins complexes et avoir nos équipements lourds. Nous exerçons seul, en groupe, en clinique, en GIE, nous devons tous nous unir, défendre nos établissements, créer nos réseaux et nos filières et dialoguer avec le public., via les GIE³ par exemple. Demain, le chantier des SAMU et du 15, l'apparition du 116 117 et de la réorganisation de la permanence des soins ambulatoires PDSA⁴ se profilent à l'horizon pour modifier nos filières.

A nous URPS d'imaginer nos modes d'exercice, et de faire reconnaître la juste place de la médecine libérale de proximité, de collaborer avec les autres URPS professionnelles et des autres régions via le Territoire de santé numérique (TSN).

Nous devons être très attentifs à la mise en place des plates formes territoriales d'appui, et devons appeler l'ARS à nous associer à la représentation des médecins libéraux de terrain en collaboration avec les autres URPS afin d'optimiser la ressource de l'offre de soins libérale.

A nous de faire entendre notre écriture du SROS, d'y participer. Nous devons communiquer, Nous devons être force de proposition libérale. C'est une chance, à nous d'être à la hauteur des défis qui nous attendent. ■

Dr Pierre-Jean TERNAMIAN
Président de l'URPS Auvergne Rhône-Alpes



¹ Conférence régionale de santé et de l'autonomie.
² Commission Spécialisée d'organisation des soins.
³ Groupement d'Intérêt Economique.
⁴ Permanence des Soins Ambulatoires.

IRM : les délais de rendez-vous

Rectificatif

Une erreur s'est glissée dans l'article publié dans la lettre n° 387 de janvier sur les délais de rendez-vous en IRM d'après l'enquête ISA 2015.
Une ligne d'en-tête erronée figure dans le tableau 3

"Nombre d'IRM par million d'habitants" de la page 4. Nous vous redonnons ce tableau avec la ligne d'en-tête corrigée.
Avec toutes nos excuses.

La ligne d'en-tête erronée

Tableau 3 : Nombre d'IRM par million d'habitants – Par région

Région	Nombre de structures contactées	RDV obtenus	Taux d'obtention	Délai moyen de RDV (jours)
Alsace	18	9,7	22	11,8
Aquitaine	31	9,5	49	14,7
Auvergne	10	7,4	12	8,8

Le tableau corrigé

Tableau 3 : Nombre d'IRM par million d'habitants – Par région

Région	2012 Nbre IRM	2012 Taux/Million hab	2015 Nbr IRM	2015 Taux/Million hab
Alsace	18	9,7	22	11,8
Aquitaine	31	9,5	49	14,7
Auvergne	10	7,4	12	8,8
Basse-Normandie	11	7,5	17	11,5
Bourgogne	11	6,7	16	9,8
Bretagne	24	7,5	31	9,5
Centre	23	9,0	24	9,3
Champagne-Ardenne	15	11,2	18	13,5
Corse	2	6,4	4	12,4
Franche-Comté	11	9,4	12	10,2
Haute-Normandie	16	8,7	22	11,9
Ile-de-France	147	12,4	167	13,9
Languedoc-Roussillon	25	9,4	32	11,6
Limousin	6	8,1	11	14,9
Lorraine	23	9,8	28	11,9
Midi-Pyrénées	29	10,0	34	11,5
Nord - Pas de Calais	51	12,6	64	15,8
PACA	42	8,5	55	11,1
Pays de Loire	23	6,4	30	8,1
Picardie	17	8,9	19	9,9
Poitou-Charentes	17	9,6	20	11,1
Rhône-Alpes	66	10,5	74	11,5
France métropolitaine	618	9,8	761	11,9

Conseil constitutionnel : tiers-payant obligatoire censuré, le PPC adopté

Après le vote de la loi de modernisation du système de santé, le 17 décembre dernier, les parlementaires de l'opposition ont saisi le Conseil constitutionnel, contestant plusieurs articles. Les deux plus symboliques, pour les médecins libéraux, étaient la généralisation obligatoire du tiers-payant d'ici à 2017 (article 83) et l'organisation du service public hospitalier (SPH – article 99) avec l'interdiction pour les médecins exerçant dans un établissement privé associé au SPH de pratiquer des dépassements. Ces deux mesures avaient soulevées l'hostilité des médecins libéraux.

Le Conseil a censuré la généralisation du tiers-payant obligatoire.

D'autres dispositions intéressant directement les médecins radiologues (Projet Professionnel Commun, manipulateurs, autorisations) n'ayant pas fait l'objet de contestation ont désormais force de loi.

Le tiers-payant

La décision du Conseil constitutionnel, rendue le 21 janvier 2016¹, a invalidé les dispositions étendant le tiers-payant aux organismes complémentaires. Le Conseil considère que faute d'avoir étendu aux complémentaires les droits et obligations prévues pour l'assurance maladie obligatoire, " le législateur a méconnu l'étendue de ses compétences ". Ainsi, le Conseil constitutionnel n'a pas censuré la généralisation du tiers-payant mais l'absence de garantie pour les professionnels de santé et les organismes complémentaires sur leurs droits et leurs devoirs.

La loi ne prévoyait pas de dispositions pour imposer le respect d'un délai de paiement par les organismes complémentaires, l'absence de sanction en cas de délai excessif, etc. Ces arguments étaient, pour partie, ceux que les médecins et leurs syndicats avaient avancés pendant le débat parlementaire.

La décision du Conseil connue, la ministre a fait savoir qu'elle ne retournerait pas devant le Parlement pour légiférer à nouveau sur le tiers-payant. Pour la ministre, la décision du Conseil modifie l'étape du 30 novembre 2017 de la généralisation. Le calendrier s'établit désormais comme suit :

- 1^{er} juillet 2016 : les professionnels de santé pourront pratiquer le tiers-payant pour tous les patients couverts à 100% par la sécurité sociale.
- 31 décembre 2016, le tiers-payant devient un droit pour tous ces patients.
- 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé peuvent proposer le tiers-payant à tous les patients.
- 20 novembre 2017, le tiers-payant devient un droit pour tous les Français, pour la partie remboursée par la

Sécurité sociale. Les professionnels de santé pourront, en plus, proposer le tiers-payant pour la partie remboursée par les complémentaires santé. Celles-ci auront l'obligation de le proposer aux assurés dans le cadre des contrats responsables.

Extrait de la décision du Conseil constitutionnel :

" 48. Considérant que les dispositions de l'article 83 prévoient des obligations nouvelles pour les professionnels de santé exerçant en ville, selon un calendrier d'application précisément fixé par le législateur ; qu'il résulte de l'article L.1111-15 du code de la santé publique que les professionnels de santé exerçant en ville regroupent les professionnels autres que ceux exerçant en établissement de santé ; que les dispositions contestées précisent les conditions dans lesquelles est garanti au professionnel de santé le paiement de la part des honoraires prise en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie ; qu'elles imposent le respect d'un délai et le versement d'une pénalité en l'absence de respect de ce délai ; qu'elles imposent également la fourniture au professionnel de santé des informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation ; que, toutefois, ni les dispositions contestées ni aucune autre disposition ne prévoient des mesures équivalentes en ce qui concerne l'application du tiers payant aux dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire en vertu des dispositions du 4^e du paragraphe 1 de l'article 83 ; qu'en se bornant à édicter une obligation relative aux modalités de paiement de la part des dépenses prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection

¹ Conseil constitutionnel – décision n° 2015-727 DC - <http://www.conseil-constitutionnel.fr/>

LE PROJET PROFESSIONNEL COMMUN (PPC)

ARTICLE L6122-15
(VERSION EN VIGUEUR AU 25 JANVIER 2016)

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-1, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'agence régionale de santé peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents.

L'expérimentation a pour objet d'organiser la collaboration entre les professionnels et de favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale. Elle a également pour objectif d'améliorer la pertinence des examens d'imagerie.

Les titulaires des autorisations contribuent à la permanence des soins en imagerie en établissement de santé.

Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale mutualisés accordées à titre expérimental par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins prévu aux articles L.1434-7 et L.1434-9 en ce qui concerne les implantations des équipements matériels lourds, la complémentarité de l'offre de soins et les coopérations.

L'autorisation est accordée pour une durée de trois ans, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé.

Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique.

Au terme de la durée de trois ans, l'autorisation délivrée dans le cadre de l'expérimentation peut être retirée ou prorogée pour la poursuite de l'expérimentation pendant deux ans au plus. A cette issue, les équipements matériels lourds sont alors pleinement régis par les articles L. 6122-1 à L. 6122-13.

L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au même article L.6122-13.

La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles.

Les conditions de mise en œuvre du présent article sont précisées par voie réglementaire.

ARTICLE 113 DE LA LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME
DE SANTÉ (PROMULGÉE LE 26 JANVIER 2016)

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 troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2. » ;

4° 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. » ;

5° Au cinquième alinéa, les mots :

« trois ans » sont remplacés par les mots : « cinq ans renouvelables » ;

6° Le septième alinéa est supprimé ;

7° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code. » ;

8° Le dernier alinéa est supprimé.

des droits et obligations respectifs du professionnel de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence ; que, dès lors, les mots « et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire » et les mots « ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, » figurant au 4^e du paragraphe I de l'article 83, sont contraires à la Constitution ».

Le Projet Professionnel Commun (PPC)

L'article 113 qui inscrit dans la loi le Projet Professionnel Commun n'avait pas été contesté devant le Conseil constitutionnel qui n'a donc pas eu à se prononcer sur ce point. De ce fait, l'article est adopté. (Voir tableau page précédente)

Les manipulateurs

Une nouvelle rédaction de l'article du code de la santé publique relatif aux manipulateurs a été adoptée. Elle ne change rien sur les responsabilités respectives du médecin radiologue et du manipulateur. Elle ne change évidemment rien non plus en matière de facturation.

La nouvelle rédaction supprime la phrase suivante : " sous la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement " mais reprend bien la partie qui précise que le manipulateur " exécute, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin... ".

L'article 208 de la loi de modernisation du système de santé précise que l'article L. 4351-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Art. L. 4351-1. – " **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** ".

L'ancienne rédaction était la suivante :

Article L504-13 " Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale ".

Les autorisations d'équipements

L'article 99, issu d'un amendement introduit à la demande de la FNMR, doit permettre d'éviter que les autorisations d'équipements soient exclusivement réservées aux établissements publics ou assurant le service public hospitalier (SPH) comme la rédaction initiale du projet de loi pouvait le laisser craindre.

Article 99 : « Art. L. 6112-6. – "Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2 ou qu'il y est associé en application de l'article L. 6112-5 ".

Un alinéa de l'article 204 prévoit de moderniser et de simplifier les régimes d'autorisations, entre autres, des équipements lourds. L'intention est louable mais le diable se cachant dans les détails, la FNMR sera attentive à ce qu'elle se traduise bien par une simplification et non par de nouveaux obstacles à l'obtention d'autorisations.

Article 204 I. –

.../...

III. – " Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à :

1° Moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, les régimes des visites de conformité, les régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires et les modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé et les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation " ; ■



La vision de la CSMF sur l'organisation régionale des soins à travers le prisme de la loi de santé



La loi de santé, qui vient d'être en partie invalidée par le Conseil constitutionnel concernant la mise en place du tiers payant généralisé – mesure emblématique fortement mise en avant par la ministre de la santé – contient de nombreuses dispositions sur l'organisation de notre système de soins. La CSMF a d'emblée dénoncé un processus d'étatisation de la santé et de mainmise de la médecine libérale par les différents services de l'Etat, dont les Agences Régionales de Santé (ARS).

A l'heure où cette loi a été validée sur la partie concernant l'organisation territoriale, il est fondamental d'analyser l'impact qu'elle aura sur le terrain, au niveau des différents secteurs d'activité.

Tout d'abord, la loi de santé définit les équipes de soins primaires autour du médecin traitant, et précise les missions du médecin spécialiste de proximité. Malheureusement, il n'y a aucun élément concernant la valorisation de la coordination entre ces deux acteurs fondamentaux de la prise en charge des patients, au plus près de leur domicile.

La création des communautés professionnelles territoriales de santé doit se faire autour des équipes de soins primaires, des médecins de deuxième recours, mais aussi avec les autres professionnels de santé et les acteurs médico-sociaux. En l'absence d'initiatives de la part de ces professionnels, l'ARS aura la responsabilité de créer ces communautés : nous sommes bien là devant un processus qui devient obligatoire et qui donne aux ARS la mission d'organiser la médecine de ville. De même, les plateformes territoriales d'appui, qui serviront au maintien des patients à domicile grâce à la coordination entre acteurs médicaux et médico-sociaux, seront sous la coupe des ARS.

Pour les équipements lourds et les établissements de soins, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) constitueront une terrifiante machine hospitalo-centrée qui aura tout loisir de broyer les acteurs privés et libéraux. En effet, ces GHT rassembleront obligatoirement les structures d'hospitalisation publique afin de mieux les coordonner. Ces dernières partageront un projet médical de territoire qui serait élaboré par l'hôpital public de référence. Les établissements d'hospitalisation privée pourront intégrer ces GHT, à condition d'adopter le projet médical du territoire, décidé par l'hôpital public de référence ! Le choix sera simple : se soumettre ou se démettre. En effet, la régulation de l'offre de soins et des autorisations d'activités, voire d'équipements lourds,

prendra nécessairement en compte ces GHT. Et la coordination des hôpitaux de moindre importance, placés sous la coupe des structures hospitalières de référence, permettra à la pieuvre hospitalière d'irradier largement les territoires les plus éloignés. Par ce biais-là, ces GHT seront des pompes à recrutement direct, au plus près des patients, pour les différents niveaux d'hospitalisation publique.

L'articulation de ces GHT sera centrée sur les établissements qui auront obtenu l'étiquette de « service public hospitalier » : cette étiquette sera refusée aux établissements d'hospitalisation privée sous le seul prétexte qu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires que nous préférons appeler « compléments d'honoraires » ! Cette exclusion idéologique donnera, s'il en était besoin, tous les arguments aux ARS pour refuser telle demande d'activité ou d'équipement lourd aux structures privées ou libérales, et de les attribuer préférentiellement aux établissements étiquetés « service public hospitalier ». Et ce qui était précédemment souvent sous-jacent dans les décisions d'attribution de matériel ou d'équipements, à savoir une orientation préférentielle vers le secteur public, s'appuiera sur une dénomination devenue réglementaire que certains voudraient valoriser comme étant un label de qualité, ce qui est totalement inacceptable.

Bien sûr, la démocratie sanitaire n'est pas oubliée dans cette loi avec la mise en place de différents niveaux de concertation comme par exemple les comités territoriaux, où les professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins sont, comme d'habitude, la portion congrue de la composition de ces différentes structures.

Quant à l'accès aux données de santé, l'open data, il est particulièrement choquant de voir que les médecins, qui fournissent les données d'activités par la cotation de leurs actes en CCAM, ne seront plus des acteurs qui auront accès aux données de façon directe mais seront



placés à la même enseigne que les autres institutions, y compris les assureurs complémentaires. Comment donc garantir le respect du secret médical à l'échelon individuel, garantir l'absence d'impact d'une pathologie ou d'un acte médical décrit dans la CCAM sur la prise en charge assurantielle complémentaire ? Le secret médical,

nécessaire pour la confiance dans notre système de santé, sera mis à mal...

Au-delà du tiers payant généralisé, mesure emblématique en partie retoquée, cette loi de santé représente un vrai danger pour notre système de santé tant pour son organisation que pour le respect des règles qui en ont fait un système performant, et globalement plébiscité par les Français, grâce à la saine concurrence qui existe entre les différents acteurs, génératrice de qualité.

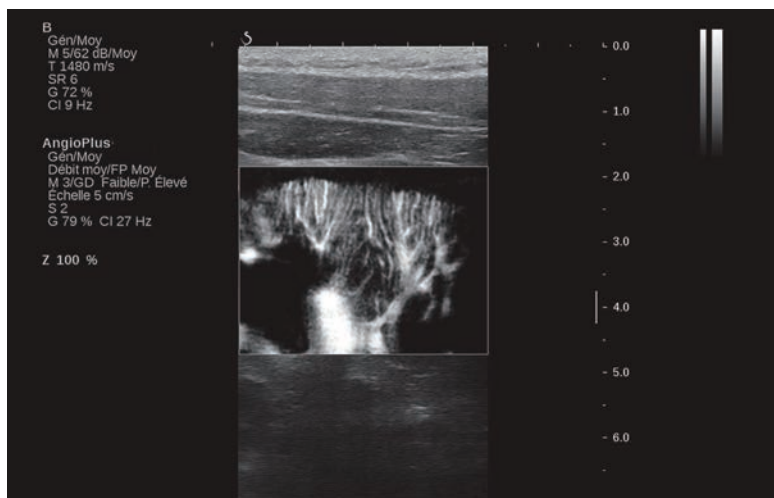
Cette loi de santé élaborée par les services de l'Etat et les énarques devra forcément faire l'objet d'une loi rectificative. Vite !... ■

Dr Jean-Paul ORTIZ
Président de la CSMF



SUPERSONIC imagine

Innovation et facilité d'utilisation



Angio PL.U.S. PLanewave UltraSensitive™ Imaging

Qualité d'image exceptionnelle
pour toutes les applications en imagerie générale*

●
Élastographie ShearWave™ en temps réel

●
Package complet d'imagerie musculo-squelettique

●
Nouveau : Imagerie de micro-circulation Angio PL.U.S.

* Foie / Prostate / Thyroïde / Vasculaire / Musculo-squelettique
/ Abdomen / Gynécologie / Obstétrique / Sein / Sein 3D / Pédiatrie

Pour une véritable réforme

L'avenant n°8 avait déjà fragilisé la radiologie, la loi santé risque avec les territoires de santé numérique de mettre définitivement à genoux l'imagerie libérale.



Alors qu'en 5 ans plus de 100 cabinets de radiologues ont fermé sans successeurs alors que 18% des scanners et 8% des IRM sont déficitaires, les arbitrages qui seront rendus lors de la mise en place des territoires de santé numérique menacent les libéraux, car dans l'esprit des gens qui nous gouvernent la vertu et la qualité sont exclusivement à l'hôpital.

La mise en place de la loi santé a montré que la notion de dialogue de ce gouvernement faisait penser au téléphone de Moscou de Thierry Le Luron : celui qui n'a qu'un écouteur.

Ce pays a besoin d'une réforme : on ne peut laisser chaque année à nos enfants plus de 10 milliards de dettes supplémentaires.

Depuis près de quatre ans, nous avons constaté la surdité de notre ministre, mais nous ne la savions pas également malvoyante car contrairement aux déclarations de Marisol Touraine sur l'absence de propositions, la FMF a proposé des solutions pour que le système de santé soit réformé. La FMF les a même écrites dans un livre : "la fin de notre système de santé ? Le déficit fait aussi des heureux". Ces solutions sont loin d'être frileuses et corporatistes mais elles exigent un courage qui manque singulièrement à ce gouvernement.

La réforme du système de santé doit :

- définir le rôle de chacun, en ville et à l'hôpital,
- définir le parcours de soins du patient,
- dégager des marges d'économies,
- modifier les études pour faire connaître aux étudiants lors de leur cursus universitaire, la médecine libérale.

Les médecins de ville doivent avoir les moyens d'éviter les hospitalisations inutiles et d'accueillir les sorties précoces d'hospitalisation avec le développement de la médecine ambulatoire, et ils ont besoin pour cela d'une imagerie de proximité.

L'hôpital doit avoir les moyens d'accueillir les véritables urgences et les moyens de l'hospitalisation, mais doit cesser de s'externaliser et doit communiquer en temps réel avec la ville seul moyen d'assurer une vraie coordination des soins.

L'hôpital doit avoir les moyens d'assurer les hospitalisations mais ne doit plus s'externaliser. Faisons en sorte que

l'hôpital communique avec la ville et développons la messagerie sécurisée et oublions le DMP dossier médical partagé qui méritait déjà en 2004 son surnom de dossier mal parti, avant, 500 millions plus tard, d'être encore au point mort. Les radiologues qui sont avec les biologistes ceux qui communiquent le plus par Apicrypt, pourraient avoir la possibilité d'envoyer un lien crypté qui permettrait aux médecins de consulter en ligne les images, montrant ainsi à nos technocrates que les libéraux peuvent s'organiser sans eux.

Les patients doivent pouvoir trouver une réponse en ville à tous les soins non programmés qui n'ont rien à faire à l'hôpital et qui encombrant les urgences en coûtant 3 milliards à la collectivité.

Leur accès à l'hôpital ne se fera qu'en ambulance ou sur courrier d'un médecin libéral.

Les étudiants doivent découvrir lors de leur cursus universitaire la médecine libérale pour qu'ils n'aient pas peur de s'installer, à condition toutefois qu'ils ne découvrent pas une médecine libérale faites de harcèlement des caisses et de contrôles tatillons mais une médecine où le praticien accueille les patients dans des locaux corrects, avec un personnel de secrétariat et/ou infirmier.

Cette réforme est possible : elle nécessite un investissement massif sur la médecine libérale, un plan Marshall de 5 milliards en échange de 100 000 emplois non délocalisables qui permettrait aux médecins libéraux de travailler dans les conditions de leurs collègues européens.

La FMF a déjà, dans ses vœux 2016, eu l'occasion d'écrire que le tiers payant généralisé obligatoire sera à l'accès aux soins ce que la déchéance de nationalité sera au terrorisme : du vent. La FMF souhaite qu'en 2016 le gouvernement cesse de brasser de l'air et écoute enfin les solutions libérales. ■

Dr Jean-Paul HAMON
Président de la FMF





L'organisation du soin sur le territoire doit se faire autour de la médecine libérale



Le 22 janvier dernier, le Conseil constitutionnel invalidait la mesure sociale du Tiers-Payant par ces quelques mots : « le législateur n'a pas suffisamment encadré ce dispositif et a ainsi méconnu l'étendue de sa propre compétence ».

Il s'agit là d'une opportunité pour penser le soin de demain, en prenant le contre-pied d'un texte que nous avons dénoncé, porté à bout de bras par une administration qui, aujourd'hui, a « méconnu(e) l'étendue de sa propre compétence ».

De ces deux années de combat, nous autres, médecins et professionnels de santé, avons acquis la certitude du bienfondé de notre engagement. De ces vingt-quatre mois de lutte contre un texte liberticide, tant pour les médecins que pour les patients qui n'auront plus le libre choix de leurs soignants, issue d'une pensée technocratique, nous, organisations syndicales, sortons convaincues que la France demeure orpheline d'une grande réforme de santé. De ces sept cent trente jours d'union syndicale, nous, représentants

de la médecine libérale, devons donner naissance à une nouvelle organisation du soin sur le territoire français, coordonnée, de proximité, accessible à tous et à destination de tous.

“Faire émerger cette nouvelle impulsion, c'est avant tout repenser la coordination entre l'ensemble des professionnels de santé.”

Faire émerger cette nouvelle impulsion, c'est avant tout repenser la coordination entre l'ensemble des professionnels de santé qui, organisée autour du médecin en tant que premiers recours locaux, connaissent les besoins spécifiques de leurs territoires.

Cette organisation, articulée autour du parcours de soin du patient, doit s'appuyer sur des Associations Libérales de Proximité (ALP) pour favoriser l'accompagnement du malade dans son projet de vie. Elle doit permettre d'améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes en situations complexes, de prendre en charge l'entourage proche des soignés, fi de toutes disparités sociales. Elle doit se donner comme devoir la qualité et la continuité du soin et comme objectifs l'efficacité, la cohérence et la permanence du lien médico-social. Cette aspiration est aujourd'hui portée en Franche-Comté par l'Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (ARESPA). En Bretagne, les médecins volants ont permis de résoudre les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les Bellillois. Les initiatives ne manquent pas. A nous de les encourager.

¹ Syndicat des Médecins Libéraux

Pour réussir cette entreprise, le monde médical doit apprendre à valoriser les outils déployés par les médecins libéraux pour s'adapter au maillage territorial français. Apporter du soin dans des lieux isolés ou aux plus fragiles, c'est s'appuyer sur un réseau de télécommunication basé sur la santé connectée et les plateformes téléphoniques d'appui qui associent l'expertise du médecin aux technologies développées chez l'habitant. Elles permettront ainsi de réinvestir les territoires délaissés par l'administration et recréer du lien entre le médecin et le patient.

Pour cela, les consultations médicales doivent être remodelées autour de trois axes majeurs - conseiller, diagnostiquer et orienter - qui répondent aux besoins inhérents du patient. En ce sens, les médecins libéraux doivent réhabiliter les réflexes propres à leur profession : accessibilité, disponibilité et écoute.

Ces mesures ne seront possibles qu'avec l'engagement de tous les professionnels de santé pour l'avenir de leur territoire.

Il s'agit là d'une magnifique opportunité pour les libéraux de passer de l'expérimentation à la généralisation de leurs initiatives, en présentant le bilan de leurs réussites aux administrations régionales qui souhaitent imposer un modèle unique à l'ensemble des régions françaises.

A chaque territoire ses besoins et ses réponses. Il en est de la pérennité du couple médecin/patient que nous défendons.

Ce sont là des engagements que le Syndicat des Médecins Libéraux entend porter. Il en va de l'avenir de la médecine en France et de la santé de nos patients. ■

Dr Éric HENRY
Président du SML¹



Symposium sur le scanner volumique : le scanner est bien vivant !

(Centre Jean Prouvé, Nancy 25 et 26 janvier 2016)

Ce symposium, organisé cette année par Alain Blum et Marc Zins, est devenu au fil des années une institution et le plateau réuni en témoigne par sa qualité. Cette 7^e édition a été fort riche avec un mélange de considérations techniques et de considérations médicales sans oublier un peu d'actualité sociétale.



Les jeunes pousses étaient à l'honneur, présentées par l'association Medicen/SFR sous la houlette de Béatrice Falise-Mirat et de Jean-François Meder, avec la plate forme collaborative Vizua (www.vizua3d.com) dont l'objet va de la mise en commun des données à l'impression 3D en passant par l'enseignement. L'autre jeune pousse distinguée est PROMOTEE, un « living lab » pour l'imagerie... Autant dire que la révolution numérique, entérinée par le récent sommet de Davos comme la 4^e révolution industrielle, est bien entrée dans la médecine de tous les jours.

L'appareil de tomographie, ou scanner, n'est qu'un maillon de la chaîne, mais ses progrès se poursuivent activement, avec le comptage photonique, encore dans les limbes avec l'appareil Philips présenté par Ph. Douek (Lyon) et installé dans un projet expérimental grâce à un financement par l'Union Européenne, le passage à la pratique nécessitant encore quelques années. Le débat est encore centré sur la largeur de la bande de détection, de 40 à 160 mm, en particulier pour l'imagerie cardio-vasculaire qui a tenu une grande place dans ce symposium. L'acquisition est une chose, mais l'analyse des données, post-traitement bien analysé par D. Mandry, en est une autre, tout aussi importante et l'homme y tient toute sa place, son expertise restant indispensable.

trois constructeurs (GE, Siemens et Toshiba) ont pu donner leur version du progrès. Parmi ces progrès, **l'imagerie spectrale** a fait l'objet de plusieurs communications (D. Marin (Italie/États-Unis) et P. Rogalla (Toronto)) et discussions au cours de ces deux jours. En effet, cette possibilité, avec quatre solutions différentes, pour quatre constructeurs, reste l'apanage des scanners coûteux alors que 20 % des scanners libéraux sont en déficit selon une récente enquête de la FNMR. D'autre part, tous les services hospitaliers n'ont pas non plus les moyens d'acquérir de telles machines et l'apport reste assez discuté, au point de chercher d'autres moyens, sans surcoût, d'obtenir la réponse, cartographie iodée notamment et soustraction. Le symposium de 2018 apportera peut-être la réponse, ce d'autant que le scanner pourra sans doute utiliser des moyens de marquage spécifique que l'on n'avait pas imaginé jusque là. Autant dire que l'aventure n'est pas terminée !

L'imagerie vasculaire utilise largement les performances actuelles des scanners modernes et les logiciels de visualisation en extraient l'information comme l'a démontré la séance de confrontation entre différents fournisseurs de stations de travail (Fuji, GE, Philips, Siemens, Toshiba/Vital) avec l'aide de médecins radiologues bien entraînés sous le contrôle d'un meneur de jeu. Chacun a pu montrer, en quelques minutes, l'ergonomie des stations et les solutions offertes, avec des choix assez différents selon les fabricants. Il n'en reste pas moins que les solutions apportent aux médecins comme aux patients une grande précision et une grande fiabilité dans le diagnostic et la planification thérapeutique ou interventionnelle à la condition d'apporter une touche correctrice aux choix de pré-traitement opérés par les logiciels spécifiques. On voit aussi ressusciter des techniques bien connues comme **la soustraction appliquée à l'imagerie des vaisseaux** (M. Ohana, Strasbourg) et **notamment des coronaires** (M. Chen, NIH) car les calcifications peuvent être une grande gêne pour l'analyse de la lumière des coronaires, notamment lorsque le score calcique dépasse 400.

L'imagerie cardiaque évolue encore plus et de façon spectaculaire avec l'acquisition en un battement (J.L. Sablayrolles, St Denis) avec une qualité remarquable, mais aussi pour l'étude de la **perfusion sous stress** (Ph Douek, Lyon) notamment. C'est dire que d'une part l'imagerie des vaisseaux, coronaires incluses, et d'autre part l'imagerie du cœur devrait revenir au scanner et se substituer aux autres techniques, médecine nucléaire incluse. L'exposition aux Rx a été aussi considérablement réduite et n'est plus un obstacle.

Cela veut donc dire que les recommandations européennes sont obsolètes et doivent être mises à jour. Cependant, il ne faut pas oublier que ces machines sont coûteuses, de haut de gamme, et que la tarification est, elle aussi, obsolète, alors que la CCAM devait être un instrument dynamique selon ses promoteurs, disparus depuis longtemps.

J. Rémy (Lille) a aussi montré que **ce « scanner qui arrête le cœur » a aussi un intérêt en pathologie broncho-pulmonaire !**

La gestion des produits de contraste a été évoquée dans différents chapitres et A. Blum (Nancy) a brillamment démontré que l'on pouvait parfaitement détecter une embolie pulmonaire avec seulement 20 cc de produit de contraste. Il y a manifestement une réflexion dans ce domaine et la gestion dynamique de la dose de contraste, éventuellement « monitorée » par des logiciels liés aux injecteurs, doit être prise en compte par les équipes, médecins et techniciens, de façon beaucoup plus précise.

La radiologie interventionnelle ne s'applique évidemment pas qu'au cœur et aux vaisseaux, mais bien à tous les domaines. E. de Kerviler (Paris) a décrit le cahier des charges pour un fonctionnement idéal selon les exigences du radiologue interventionnel, qui souhaite avoir tout sous la main sans attendre.

Le scanner a une place grandissante, au mieux dans une **salle hybride** et K. Katada (Nagoya) a su faire rêver l'assistance devant les moyens mis en œuvre, ce qui a contrasté avec l'exposé préalable de J.M. Bartoli (Marseille) qui a dénoncé les conditions actuelles du fonctionnement en France tout en plaidant pour la prise en compte de ces techniques...

¹ Haute Autorité de Santé

Il y a toutefois des services mieux équipés que d'autres sans que cette disparité régionale ne reçoive d'explication rationnelle.

C'était aussi le sujet de la table ronde mettant en présence E. Haushalter (CNAMTS), J.M. Bartoli (Marseille), D. Cvetojevic (DGOS), J.Ph. Masson (FNMR), A. Gangi (Strasbourg) et L. Boyer (Clermont-Ferrand).

Les airs sont connus et l'on avance au pas du bœuf, bien qu'une prise de conscience semble se faire jour et que certains articles (17 et 51) de la loi de santé récemment votée pourraient débloquer quelques points. Les médecins ont insisté sur la lenteur du chemin décisionnel, sans oublier celle de la HAS ¹ qui avalise promptement les baisses de tarifs mais prend des années pour donner un avis sur une technique d'avenir, et l'incohérence de la gestion des tarifs, notamment la quasi absence de GHM pour les gestes interventionnels ou de prise en compte des DMI (Dispositifs Médicaux Implantables).

On parle aussi d'accréditation et de niveaux d'activité sans oublier que la loi précitée annonce des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) qui peuvent augurer du meilleur comme du pire.



Les constats internationaux, européens ou extra-européens, montrent bien que la situation française est lamentable, si lamentable que l'on ne s'étonne presque pas d'entendre le Pr J.M. Bartoli dire qu'il se contenterait d'un vieux scanner amorti pour pouvoir faire ses gestes interventionnels...

On se demande ce que font les associations de patients, si présentes sur d'autres sujets comme le « 1/3 payant » ???

L'autre outil est la station de travail, passerelle entre les images acquises par le scanner vers le diagnostic mais aussi vers la diffusion et l'interaction puis le stockage via les PACS et autres moyens. Y. Gandon (Rennes) a exploré **quelques pistes vers un futur protéiforme**, mais qui reste à définir alors que R. Aziza (Toulouse) a rappelé les **outils mobiles** (smartphone, portables et tablettes) agréés par la FDA pour la lecture d'images médicales, outils qu'il utilise dans son activité de radiologue dans un cancérpôle. G. Bron n'est pas venu en taxi pour parler de **« l'Ubérisation » de la radiologie post-moderne** de son point de vue « d'encore jeune radiologue » alors que V. Laurent (Nancy) a parlé, avec passion, du **« burn out »** du radiologue dont la première

cause est la multiplicité des tâches que l'informatique aurait plutôt tendance à amplifier, surtout quand elle ne fonctionne pas quand on en a besoin !

P. Parisel (Anvers) a souligné le bon côté de **la gestion de l'information par les logiciels de suivi de l'exposition aux rayonnements** (i.e. Dose Watch) dans la prise de conscience, la baisse effective des doses et le maintien de ces doses basses et adaptées.

Pour sa part, J. Mendel (Boston) a étudié les causes d'erreur et parmi ses recommandations, on peut noter celle qui consiste à **diminuer le nombre de coupes à post-traiter et à lire...**

Enfin, D. Mathias, J.L. Fuchs et L. Taillandier ont présenté le **projet régional MEDIALE** comme un projet structurant (voir www.ticsante.com/Telesante-le-projet-regional-d-echange-et-partage-d-imagerie-en-lorraine-entre-dans-sa-phase-operationnelle-NS_2317.html) et cela a été aussi l'occasion de rappeler au cours de la discussion les disparités régionales en terme de réseaux et d'inter-communication.

La médecine a tenu aussi sa place avec un duel scanner versus IRM dans quelques domaines.

En orthopédie, il a été question des mérites respectifs de l'IRM et du scanner face aux prothèses métalliques {P. Teixeira (Nancy), H. Guérini (Paris)} en sachant les progrès des logiciels traitant les artefacts, de l'EOS face au scanner {D. Folinais (Paris)} ou du passage du 3D en scanner vers le 4D pour étudier les mouvements, de prothèse aussi, et détecter des anomalies dynamiques des articulations dans une représentation 3D (P. Teixeira) avec des exemples convaincants.

Si le scanner défendu par E. Delabrousse (Besançon) est pour beaucoup l'instrument de **l'urgence abdominale**, P. Taourel (Montpellier) a su montrer que l'IRM avait plus de place que l'on pourrait le penser, sous la condition que l'accès soit aisé, notamment pour le diagnostic d'appendicite ou de certaines pathologies pelviennes, infectieuses et/ou inflammatoires, sans oublier la femme enceinte bien que le scanner « basse dose » soit envisageable.

Enfin, C. Roy (Strasbourg) et N. Grenier ont fait un duo sur scanner et IRM dans le diagnostic des **masses rénales** avec un match presque nul ou un léger avantage à l'IRM dans les masses kystiques.

Le rapport entre la qualité et la dose de rayonnement était une bonne raison d'assister à ce symposium. M.O. Bernier (IRSN) a montré combien il était **difficile d'évaluer le risque réel** d'une exposition aux rayonnements liés à l'utilisation du scanner, entre surestimation sensationnaliste et sous-estimation inconséquente, les données étant fragmentaires ou trop anciennes même si on a pu démontrer les altérations chromosomiques et les aléas de leur réparation. O. Clément (Paris) a expliqué **l'effet potentia-**



lisant des produits de contraste utilisés simultanément à l'exposition, mais avec un effet transitoire rapidement résolutif.

H. Brisse (Paris) a passé en revue les techniques de la reconstruction itérative en rappelant que **le bruit dans l'image est l'ennemi** alors que A. Gervaise (Nancy) a bien rappelé que la dose était aussi fonction de la région d'intérêt et que **le mSv était la base de l'évaluation objective** de la dose.

Il va de soi que la gestion de la dose et l'utilisation d'une technique alternative sont de la responsabilité du médecin radiologue et c'est à D. Régent (Nancy), initiateur historique, de ce symposium avec A. Blum, qu'est revenu le mot de la fin.

D. Régent a parlé de la « dose utile » en opposant au « stalinisme du concept ALARA », non sans reconnaître son utilité dans la démarche de réduction de dose, **le concept AHARA ou « As High As Reasonably Achievable », celui de la dose nécessaire et suffisante pour obtenir des images de qualité suffisante** pour un diagnostic par opposition aux images tellement bruitées qu'elles en deviennent « non diagnostique ».

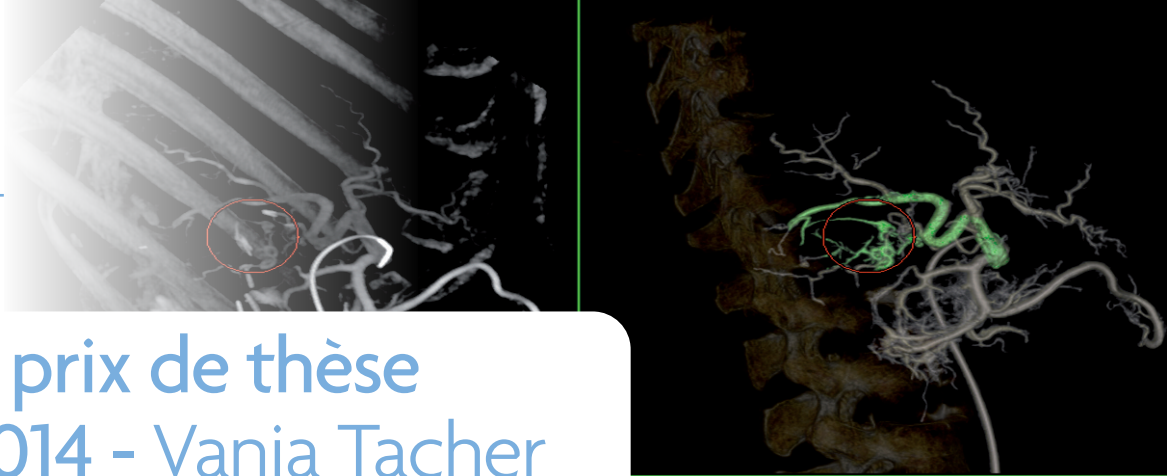
En conclusion, ce symposium remarquablement organisé tout en restant convivial est une bonne incitation à l'optimisme devant la qualité et le dynamisme des équipes face à un instrument qui ne doit pas être asphyxié par les diverses mesures d'ordre réglementaire, administratif et économique.

Si l'enjeu interventionnel reste entier et nécessaire, il est aussi utile de rappeler aux radiologues, à tous les radiologues, la nécessité d'investir le champ du scanner cardio-vasculaire qui est arrivé à maturité face à un grand nombre de maladies de civilisation, en attendant d'autres développements.

Il importe que la profession unie, avec une double énergie, rappelle aux pouvoirs publics leurs responsabilités qui deviennent de plus en plus pesantes, sinon lourdes. ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Président de la FNMIR





Rapport prix de thèse FNMR 2014 - Vania Tacher

Actuellement chef de clinique en imagerie médicale au CHU Henri-Mondor (Créteil), j'ai eu la chance de bénéficier du prix 2014 thèse de médecine de la FNMR qui m'a permis d'assister au congrès du RSNA à Chicago en décembre 2015, source de nouvelles connaissances et surtout de nouveaux projets.



Dr Vania Tacher

Ma thèse de médecine, soutenue le 20 juin 2014, s'intitulait « *Applications de la tomographie volumique à faisceau conique en radiologie interventionnelle : optimisation du guidage tridimensionnel appliqué aux chimio-embolisations hépatiques et aux traitements endovasculaires des anévrismes aortiques*

abdominaux ». Ce travail s'inscrit dans la continuité d'un master 2 « Signaux et Images en Médecine », de l'Université Paris-Est Créteil (Paris XII) et de deux années de mobilité passées dans le département de radiologie interventionnelle du Pr Geschwind de l'hôpital Johns Hopkins, à Baltimore (Maryland, Etats-Unis), dont les travaux portaient sur les traitements des tumeurs hépatiques en radiologie interventionnelle (1-5). Ces travaux se poursuivent aujourd'hui dans le cadre d'une thèse de science qui porte sur l'optimisation du guidage tri-dimensionnel (3D) lors des traitements loco-régionaux des tumeurs hépatiques en radiologie interventionnelle dans le laboratoire du Pr Pawlowsky (Unité Inserm U955 équipe n°18, IMRB).

L'objet de ma thèse de médecine portait sur l'étude des applications de la tomographie volumique à faisceau conique ou en anglais cone-beam computed tomography (CBCT) en radiologie interventionnelle et a été à l'origine de plusieurs publications. Les capteurs plans associés à des arceaux motorisés en salle de radiologie interventionnelle permettent d'acquérir non seulement des images de haute définition fluoroscopiques et angiographiques numériques soustraites bidimensionnelles (2D), mais également des images par CBCT de type angiographie 3D ou de type « scanner ». De ce fait, son usage est croissant en radiologie interventionnelle notamment en oncologie et en vasculaire; j'ai développé, par optimisation du guidage 3D, des applications du CBCT en particulier 1) aux chimio-embolisations des tumeurs hépatiques 2) aux traitements endovasculaires des anévrismes aortiques abdominaux.

Les traitements loco-régionaux sont considérés comme palliatifs des carcinomes hépatocellulaires avancés ; ils consistent en l'administration de chimiothérapie et de

matériel d'embolisation directement dans les artères nourricières des tumeurs ; l'imagerie est ainsi au centre de l'intervention et guide le geste du radiologue interventionnel. L'intervention peut se décomposer en quatre étapes principales : « voir » les tumeurs, « atteindre » les artères nourricières des tumeurs, « traiter » les tumeurs et « contrôler » le succès du traitement afin d'augmenter la survie des patients. Le but de ce travail visait à optimiser et à standardiser l'usage de l'imagerie, devenue complexe lors des chimioembolisations depuis l'arrivée des images de CBCT, en améliorant :

- 1) la **visualisation** per-opératoire des tumeurs hépatiques avant le traitement par l'utilisation du CBCT associé à une injection de produit de contraste iodé intra-artérielle hépatique afin d'atteindre une sensibilité et une spécificité de détection proche de l'imagerie diagnostique par scanner ou IRM,
- 2) le guidage des cathéters et micro-cathéters jusqu'aux artères nourricières des tumeurs à traiter (**atteindre**) grâce à des logiciels d'aide à la navigation en 3D (Figure 1),
- 3) la qualité du **traitement** afin de délivrer le maximum de dose de chimiothérapie dans les tumeurs tout en préservant le foie sain adjacent,

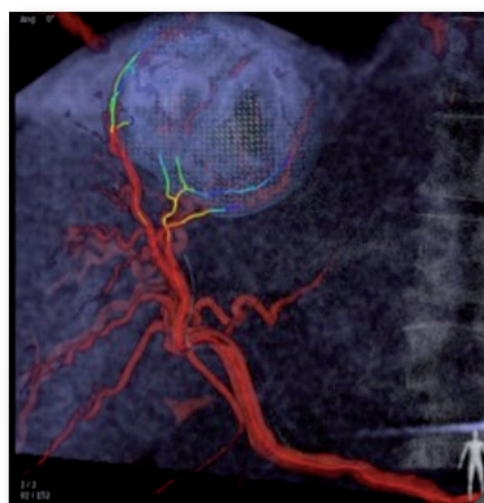


Figure 1 : Exemple de cartographie 3D utilisée lors des chimioembolisations. La tumeur à traiter et ses artères nourricières sont représentées sur la cartographie afin de guider le cathétérisme.

4) le **contrôle** du succès du traitement et l'établissement de facteurs prédictifs de réponse tumorale sur l'IRM de contrôle à un mois.

Il est essentiel de préciser que le seul usage du CBCT lors des chemoembolisations a déjà montré son impact sur la survie des malades (6). Cependant, comme l'usage du CBCT lors des chemoembolisations est très hétérogène dans le monde (variabilité des protocoles d'injection et des acquisitions à chaque étape de l'intervention), une standardisation de l'usage du CBCT est nécessaire. D'où l'objet de ce travail qui a permis d'aboutir à un algorithme optimisant l'usage du CBCT à chaque étape des chemoembolisations (7).

Le CBCT a également montré son intérêt lors des traitements endovasculaires des anévrismes complexes de l'aorte abdominale. En effet, il offre la possibilité d'obtenir un guidage du geste par la technique de la fusion d'images en utilisant par exemple les images d'angiographe projetées sur la fluoroscopie dynamique. Ce guidage 3D est synchronisé aux mouvements du couple arceau/table et aux agrandissements. La fusion d'images permet ainsi de réduire considérablement le volume de produit de contraste iodé, néphrotoxique, utilisé lors des interventions (8).

Tous types d'images diagnostiques 3D peuvent être utilisés pour la fusion d'images et être projetés sur les images de fluoroscopie 2D dynamique pour aider au guidage des interventions (Figure 2). Ainsi, les images d'angio-IRM paraissent être une option prometteuse. En effet, dans le but de réduire davantage l'exposition aux rayons X et l'usage de produit de contraste iodé, les images d'angio-IRM se répandent tant dans le diagnostic que pour le suivi des pathologies vasculaires. Par la fusion d'images, les images d'angio-IRM permettent également de servir de support lors du guidage par fusion d'images des interventions aussi

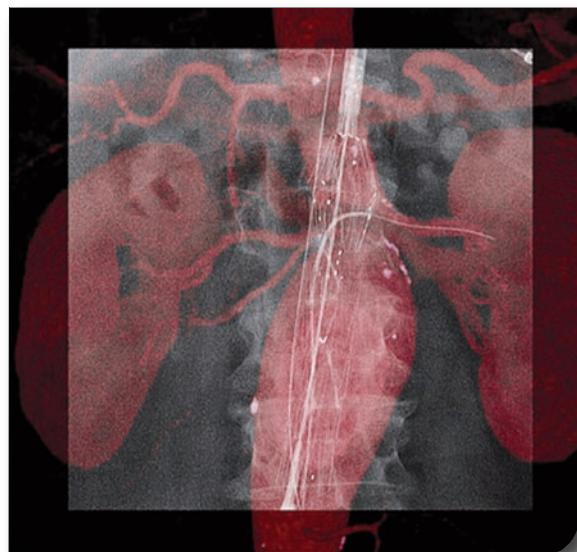


Figure 2 : Exemple de cartographie 3D par fusion d'images d'angiographe sur les images de fluoroscopie dynamique lors du traitement endovasculaire d'un anévrisme abdominal de l'artère juxta-rénale. Dans ce cas, la prothèse est quasiment totalement déployée et l'artère rénale gauche cathétérisée.

complexes que les traitements endovasculaires des anévrismes complexes de l'aorte abdominale. Ces images d'angio-IRM permettent ainsi d'une part de réduire voire de supprimer la nécessité d'injection de produit de contraste iodé et d'autre part de diminuer l'exposition aux rayons X dans la prise en charge des anévrismes complexes de l'aorte abdominale. Cela apporte un intérêt particulier aux malades allergiques aux produits de contraste iodés ou présentant des insuffisances rénales sévères (9).

Le CBCT est devenu un outil indispensable au bon déroulement d'un grand nombre d'interventions en radiologie interventionnelle et notamment vasculaires et oncologiques ; ses possibilités thérapeutiques sont en pleine expansion et nécessitent d'être étudiées. ■

RÉFÉRENCES

1. Tacher V, Bhagat N, P PR, Lin M, Schafer D, Noordhoek N, Eshuis P, et al. Image quality improvements in C-Arm CT (CACT) for liver oncology applications: Preliminary study in rabbits. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2013;22:297-303.
2. Tacher V, Lin M, Bhagat N, Jaoudeh NA, Radaelli A, Noordhoek N, Carelsen B, et al. Dual-phase Cone-Beam Computed Tomography to See, Reach, and Treat Hepatocellular Carcinoma during Drug-Eluting Beads Transarterial Chemo-embolization. *Journal of Visualized Experiments* 2013;2:50795.
3. Tacher V, Lin M, Chao M, Gjestebly L, Bhagat N, Mahammedi A, Ardon R, et al. Semiautomatic volumetric tumor segmentation for hepatocellular carcinoma: comparison between C-arm cone beam computed tomography and MRI. *Acad Radiol* 2013;20:446-452.
4. Tacher V, Lin M, Sharma KV, Gacchina JC, Dreher MR, Lewis A, Tang Y, et al. Multimodality Imaging of Lipiodol-Loaded Radiopaque Microspheres in Trans-Arterial Embolization of Rabbits with VX2 Liver Tumors. *Radiology* 2015;Accepted.
5. Tacher V, Lin M, Duran R, Yarmohammadi H, Lee H, Chapiro J,

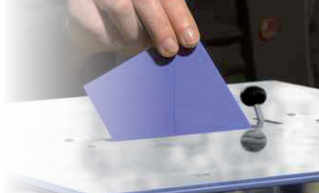
Chao M, et al. Comparison of Existing Response Criteria in Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Transarterial Chemoembolization Using a 3D Quantitative Approach. *Radiology* 2015;Epub ahead of print:142951.

6. Iwazawa J, Ohue S, Hashimoto N, Muramoto O, Mitani T. Survival after C-arm CT-assisted chemoembolization of unresectable hepatocellular carcinoma. *Eur J Radiol* 2012;81:3985-3992.

7. Tacher V, Radaelli A, Lin M, Geschwind JF. How I do it: Cone-beam CT during transarterial chemoembolization for liver cancer. *Radiology* 2015;274:320-334.

8. Tacher V, Lin M, Desgranges P, Deux JF, Grunhagen T, Becquemin JP, Luciani A, et al. Image guidance for endovascular repair of complex aortic aneurysms: comparison of two-dimensional and three-dimensional angiography and image fusion. *J Vasc Interv Radiol* 2013;24:1698-1706.

9. Tacher V, Desgranges P, You K, Ridouani F, Marzelle J, Kobeiter H. Feasibility of Three-Dimensional MR Angiography Image Fusion Guidance for Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2015;Accepted.



CORSE

L'Union régionale de Corse a procédé à l'élection de son Bureau le 5 décembre 2015 :

Président Haute-Corse :	Dr Xavier CARLOTTI (BASTIA)
Président Corse du sud :	Dr Pierre-Louis KAEMMERLEN (MEZZAVIA)
Présidents en alternance :	Dr Xavier CARLOTTI (de janvier 2016 à fin juin 2017) Dr Pierre-Louis KAEMMERLEN (de juillet 2017 à décembre 2018)
Vice-Présidents :	Dr Pierre-Louis KAEMMERLEN (de janvier 2016 à fin juin 2017) Dr Xavier CARLOTTI (de juillet 2017 à décembre 2018)
Secrétaire général :	Dr Jean-Marc ARRIGHI (BASTIA)
Trésorier :	Dr Richard BARRIELE (BASTIA)

L'Union régionale de Corse a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 5 décembre 2015 :

Titulaire :	Dr Eric MARMOUSET (BASTIA)
Suppléants :	Dr Didier DAVID (MEZZAVIA) Dr Pierre-Louis KAEMMERLEN (MEZZAVIA)



ILE-DE-FRANCE

L'Union régionale d'Ile-de-France a procédé à l'élection de son Bureau le 13 janvier 2016 :

Président :	Dr Christian FORTEL (SAINT MAUR DES FOSSES)
Vice-Présidents :	Dr Marianne BERR MATTEI (SAINT MAUR DES FOSSES) Dr Robert LAVAYSSIERE (SARCELLES) Dr Gilbert LEBLANC (LE PORT MARLY) Dr Bruno SILBERMAN (PARIS)
Secrétaires généraux :	Dr Grégory LENCZNER (NEUILLY SUR SEINE) Dr Bertrand MONOD (CONFLANS SAINTE HONORINE)
Secrétaires généraux adjoints :	Dr Alexandre FUCHS (OSNY) Dr One-Aly TAYEBJEE (VILLEPINTE)
Trésorier :	Dr François GUICHOUX (PARIS)

L'Union régionale d'Ile-de-France a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 13 janvier 2016 :

Titulaires :

Dr René BOKOBZA (TORCY)
Dr Robert LAVAYSSIERE (SARCELLES)
Dr Gilbert LEBLANC (LE PORT MARLY)
Dr Grégory LENCZNER (NEUILLY SUR SEINE)
Dr Coralie RICHA-SICARD (PARIS)
Dr One-Aly TAYEBJEE (VILLEPINTE)
Dr Richard TUIL (PARIS)

Suppléants :

Dr Philippe ATTAL (TORCY)
Dr Didier CHAUVEL (BOULOGNE BILLANCOURT)
Dr Laurent COMBESCURE (PARIS)
Dr Alexandre FUCHS (OSNY)
Dr Jean-François GROSCARRET (LIVRY GARGAN)
Dr François GUICHOUX (PARIS)
Dr Bertrand MONOD (CONFLANS SAINTE HONORINE)



PYRÉNÉES ORIENTALES

Le Syndicat des radiologues des Pyrénées Orientales a procédé au renouvellement de son Bureau le 28 janvier 2016 :

Président :

Dr Alvian LESNIK (CABESTANY)

Secrétaire général :

Dr Paul-Marie BLAYAC (PERPIGNAN)

Secrétaire général :
adjoint

Dr Pierre MAQUIN (PERPIGNAN)

Trésorier :

Dr Marc BRIHAT (RIVESALTES)



Hommage

Dr Gilbert JANAUD

Nous venons d'apprendre le décès le 05 janvier 2016 du **Docteur Gilbert JANAUD**, à l'âge de 63 ans. Il était médecin radiologue retraité à PARIS (75).

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



Les dépenses de l'assurance maladie : août - septembre - octobre 2015

Les trois mois d'août, septembre et octobre 2015 marquent une décélération de l'évolution de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie par rapport au trimestre précédent pour se fixer à 2,1% en octobre.

Les dépenses de soins de ville suivent la tendance générale. Alors qu'elles tournaient autour de 4% en juin et juillet, elles sont redescendues à 2,4% en octobre.

Le taux d'évolution des actes techniques s'est maintenu à 4,8% en août et septembre pour fléchir en octobre à 4,3%. Mais dans cet ensemble, ce sont les dépenses autres que

celles d'imagerie qui sont à un niveau élevé comme les actes de chirurgie à 8% en août et 7,2% en octobre. Les dépenses d'échographie et d'imagerie hors échographie sont très en dessous avec 1,5% et 1,3% en octobre.

Les forfaits techniques ont suivi une pente inverse à la tendance générale passant de 4,7% en juillet à 5,3% en octobre. Dans cet agrégat, ce sont les forfaits techniques d'IRM qui progressent le plus, passant de 5,0% en juillet à 6,3% en octobre. En revanche, la progression des forfaits de scanner est très inférieure avec 1,3% en octobre. ■

Dépenses de l'assurance maladie - août - septembre - octobre 2015

(Cumul tous risques – Régime général – France métropolitaine – Milliers d'euros - % en PCAP)

Prestations	Août 2015 en €	Septembre 2015 en €	Octobre 2015 en €	Août 2015 en %	Septembre 2015 en %	Octobre 2015 en %
Consultations	3 801 390	4 342 422	4 872 595	0,9%	0,9%	0,4%
Visites	474 501	530 930	587 970	-0,2%	-1,0%	-1,5%
Actes techniques (*)	4 487 506	5 061 314	5 683 407	4,8%	4,8%	4,3%
Dont actes d'échographies	738 932	839 066	941 501	2,0%	2,1%	1,5%
Dont actes d'imagerie (hors échographie)	903 623	1 022 010	1 147 791	2,1%	2,0%	1,3%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	595 234	652 539	710 242	5,0%	5,5%	5,3%
Dont scanner	224 276	246 766	269 445	2,4%	2,4%	1,8%
Dont IRM	312 865	340 979	369 330	5,4%	6,1%	6,3%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	12 360 662	13 917 252	15 509 735	3,6%	3,7%	3,1%
Total prescriptions	32 613 097	36 741 455	41 001 679	3,3%	3,1%	2,2%
Total soins de ville	44 973 761	50 658 710	56 511 450	3,4%	3,2%	2,4%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	36 123 740	40 628 534	45 084 370	2,0%	2,2%	2,3%
Total versements aux établissements sanitaires privés	7 416 422	8 330 794	9 320 769	0,4%	0,5%	-0,2%
Total prestations médico-sociales	10 687 479	11 937 192	13 378 734	1,7%	2,2%	2,4%
Total statistique mensuelle des dépenses	107 798 184	121 279 115	135 139 234	2,4%	2,4%	2,1%

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

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

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

10639 33 **Cherche successeur** - Bordeaux et Pessac - Cause départ retraite - SCM de 3 radiologues, 2 cabinets rech. successeur - Rx, écho, séno, cone beam, accès scan et IRM - Envoyer CV par mail
 > Email : cab.pessac@wanadoo.fr ou Tél : 05.57.26.27.01

10640 59 **Vente cabinet** - Gravelines - Cause départ retraite - Vends SELARL Centre d'imagerie Médicale Gravelinois - Radio conventionnelle, mammo, écho, doppler, 2 scan et 2 IRM privés - 6 vacations scan et IRM /sem -
 > Dr PLANQUE au 06.35.02.04.99 - Dr BRAHAM au 06.35.02.04.54 ou Email : cim.g.imercier@wanadoo.fr

10641 06 **Cession de parts** - Nice, St-Martin du Var, Monaco - Cause mutation - Cède 3/4 parts ds grpe 9 radiol. (possibilité acquérir 1 part entière et parts ds SCI et GIE TDM+IRM) - 4 cab. indépendants - 6 à 7 vac./sem pour 3/4 tps - 11 vac (7IRM, 4 TDM) - Plateau tech. complet récent, imagerie générale et de la femme, 3 mammogr. plein champs LORAD avec tomosynth. Table dédiée et ts systèmes de macrobiopsie. Interv. en séno et ostéoarti - Pas garde ni astreinte - Poste dispo rapidement
 > Tél : 06.28.23.44.49 ou Email : imagerieniceurope@gmail.com Site : nice-radiologie.fr

10642 72 **Cherche remplaçant** - Le Mans - Groupe de 19 radiologues, 10 sites géographiques - 6 scan, 6 IRM, EOS, mammogr. numérique, capteurs plans, ostéo, cone beam - Recherche remplaçant
 > Dr RABI au 06.26.36.68.68 ; Dr DESCAMPS au 06.61.32.55.45 ou Email : remplacement72@gmail.com - Site : www.72mis.fr

10643 72 **Cherche associé** - Le Mans - Groupe de 19 radiologues, 10 sites géographiques - 6 scan, 6 IRM, EOS, mammogr. numérique, capteurs plans, ostéo, cone beam - Partenariat avec un centre hospitalier - Recherche associé
 > Dr RABI au 06.26.36.68.68 ; Dr DESCAMPS au 06.61.32.55.45 ou Email : remplacement72@gmail.com Site : www.72mis.fr

10648 30 **Cherche successeur** - Bagnols/Cèze (Gard) 30 mn d'Avignon, 45 mn de Nîmes, 1h de Montpellier - Cause retraite - SELARL 6 associés recherche successeur - Temps plein 3 jours/semaine - 2 sites + scanner, IRM, activités polyvalentes, mammo, tomosynthèse
 > Dr TARRIT au 06.98.15.92.76 ou Email : dominiquetarrit@hotmail.fr

10650 17 **Vente Cabinet** - Ile d'Oléron - Cause retraite - Cède cabinet de

radiologie - Pas d'astreinte ni garde - 2 salles télécommandées, salle séno + console mammo, scanora, écho IU22, ostéo, archivage + serveur web, accès IRM
 > Tél : 06.61.43.37.34 (après 18h30) ou Email : jollymail@free.fr

10651 17 **Cherche remplaçant** - Ile d'Oléron - Rech. remplaçant régulier radio/écho 1-2 j/semaine
 > Tél : 06.61.43.37.34 (après 18h30) ou Email : jollymail@free.fr

10652 06 **Cession de parts** - Nice centre - Cause retraite - Cède parts de SCM - Groupe de 9 radiol., 4 cabinets - 10 vacations scanner/IRM - pas de garde ni astreinte - poste disponible rapidement
 > Tél : 06.07.70.07.93 ou Email : joel.thevenot@wanadoo.fr

10653 97 **Cherche associé** - Dans l'Ouest de la Réunion - SELARL 3 associés, en pleine expansion, recherche collaborateur(trice) en vue d'association - Locaux neufs dans un centre médical pluridisciplinaire, matériel récent - Radio, mammo, cone beam, IRM, scan, écho obstétricale et générale
 > Mme FEKENNE au 02.62.45.75.84 / 06.93.00.02.15 ou Email : cabinet.scemama_bel@orange.fr

10655 16 **Cherche successeurs** - Angoulême - Groupe de 14 radiol. rech. 2 successeurs - 1 clinique (190 lits) avec cabinet de radio indépendant - 1 cabinet Radio/Séno sur Angoulême - 3 cabinets périphériques - 1 scan, 3 IRM (2 polyvalentes 1,5 + 1 ostéoarticulaire), 5 capteurs plans. Parc écho renouvelé en 2013. Mammotome. RIS PACS renouvelé en 2015
 > Dr GARNAUD au 06.07.79.25.16 ou Email : jlgarnaud@hotmail.fr Dr MADOULE au 07.87.61.76.66 ou Email : madoule.ph@wanadoo.fr

10656 50 **Cherche associé** - Urgent - SEL rech. 5^{ème} associé pour cabinet de radiologie - 2 cabinets de ville, un en clinique avec scanner - Forte activité mammographique - Clinique à activité chirurgicale notamment orthopédique et urologique - Accès IRM
 > Tél : 02.33.01.57.41 ou Email : contact@cabinetradiol.fr

10657 71 **Cherche remplaçants / associés** - 3 radiologues rech. associés et/ou remplaçants - Radio conventionnelle, scan, IRM, mammo (pas de garde) - Conditions à définir ensemble
 > Dr SOUSSAND au 06.81.06.92.98 ou 06.78.00.79.72

10658 84 **Cherche remplaçant / associé** - SELARL 14 radiol. propose remplacements réguliers ou fixes en vue d'une éventuelle intégration associé/collaborateur - Activité polyvalente et multidisciplinaire avec spécialisation d'organes (imagerie de la femme, oncologie, urinaire, digest, neuro, pédiat, thorax...) - Imagerie en coupes, Radio vascul. Interv. sur 5 sites (hôpitaux, cliniques, centre anti-cancéreux) + 2 centres d'imagerie de ville - Profil : formation DES, préférence ACC, polyvalent avec 1 ou 2 spécialités d'organe et/ou séno - Secteur 1 ou CAS, tps plein 8 vacations/sem
 > Dr RAMIS au 06.27.56.95.51 ou Email :

olivierramis@hotmail.com / Dr MAILLARD au 06.09.06.39.87 ou Email : mickael.maillard@gmail.com

10659 49 **Cherche successeur** - Cholet - Cause retraite - Cède cabinet de ville - 2 salles RX, séno, dentaire, densito, 2 écho, 6h IRM/semaine, accès scanner
 > Dr DUFRESNE au 02.41.62.86.57 ou Email : radiologie.dufresne@lerss.fr

10660 64 **Cherche remplaçant / associé** - Tarnos, Anglet, Saint-Jean de Luz, Cambo les Bains - Gpe de radiologie rech. remplaçant en vue d'une association - 4 cabinets de ville + accès IRM et scanner - Activité de radiologie générale, ostéo-articulaire, séno, obstétrique...
 > Dr PREVOST au 05.59.31.16.00 / 06.15.89.18.88 ou Email : axular.radiologie@gmail.com

10661 24 **Cherche associé** - Périgueux - Grpe libéral de 4 radiol., en forte expansion, rech. 5^{ème} associé(e) - Activité variée et multi sites, GIE avec exploitation d'un scanner et 2 IRM (1.5 T ostéoarticulaire et 3 Tesla) ; mammographe tomosynthèse, PACS
 > Dr BAILLE-BARRELLE au 06.35.14.39.05 / 05.53.08.31.16 (cab) ou Email : flo.dim@sfr.fr

DIVERS

10654 83 **Vente de matériel** - Chaîne de numérisation mammo DMX AGFA comprenant : Console NX et DRYSTAR 5503, Année d'installation 2014, bénéficiant d'un contrat de maintenance Agfa. - Négatoscope Planilux à volets 105 x 46
 > Dr FARROUCH au 06.56.72.52.26 ou Email : radioimagerie83@yahoo.fr

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 Gutenberg • 15000 AURILLAC
 Dépôt légal 1^{er} trimestre 2016

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



BythewayCreatcom - © 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.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire