

Le  
**Médecin**  
**Radiologue**  
de France

Juillet # 393  
2016

Le journal de la FNMR  
[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)



**Les réseaux  
de soins**

■ **Séminaire FNMR  
Marseille mars 2016**



Fédération  
Nationale des  
Médecins  
Radiologues



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



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



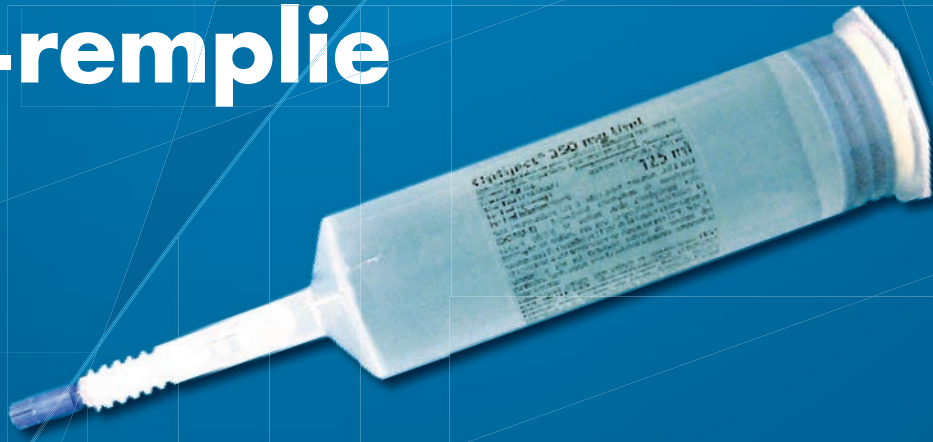
**FNMR**  
168 A, rue de Grenelle  
75007 PARIS  
Tél. : 01 53 59 34 00  
Fax : 01 45 51 83 15



# Optiject®

loversol

## L'expérience de la seringue pré-remplie



- Praticité
- Traçabilité
- Optimisation des coûts

Optiject® est indiqué en tomodensitométrie.

Conformément à la stratégie diagnostique recommandée par la HAS :

Les produits tri-iodés hydrosolubles, très utilisés en scanner et en angiographie, ont remplacé les produits iodés ioniques.

Les explorations radiologiques utilisant **OPTIJECT®** se font selon le Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale réactualisé en 2013 par la Société Française de Radiologie (<http://gbu.radiologie.fr/>), qui place dans la stratégie diagnostique, les examens suivants : tomodensitométrie du crâne, tomodensitométrie corps entier, urographie intraveineuse, phlébographie, coronarographie, ventriculographie, aortographie, artériographie rénale, artériographie périphérique, artériographie viscérale, artériographie cérébrale, angiographie numérisée.

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

Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur la base de données publique des médicaments ou sur [guerbet.fr](http://guerbet.fr).

**Guerbet** |   
Contrast for Life



## Recharger nos batteries

Les négociations conventionnelles se poursuivent avec des suspensions répétées tant de la part des syndicats polycatégoriels que de la caisse d'assurance maladie. Il n'est donc pas possible, pour l'heure, de savoir quelle en sera l'évolution : signature ou règlement arbitral.

Il semblerait cependant que les syndicats refuseraient de signer une convention où seraient appliquées des mesures de baisses tarifaires, notamment pour les spécialités techniques comme la nôtre.

La vigilance reste donc de mise plus que jamais d'autant que le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2017, débattu à la rentrée, représente toujours un moment privilégié de décisions d'économies décidées par le gouvernement.

La FNMR poursuit sa réflexion sur un plan de maîtrise médicalisée des dépenses d'imagerie. Seule solution acceptable pour réaliser des économies supportables par la spécialité tout en garantissant la qualité de prise en charge de nos patients.

La situation est d'autant plus trouble que les échéances électorales de 2017 ajoutent une incertitude forte sur

l'avenir. Les programmes « santé » de certains candidats commencent à être connus. Il est encore trop tôt pour en faire une analyse détaillée. Notre revue de février 2017 publiera les programmes santé des candidats déclarés officiellement.

Dans ce numéro, vous pourrez découvrir le compte rendu du séminaire de la FNMR sur les réseaux de soins qui s'est tenu à Marseille en mars. Bien sûr, ceux-ci sont interdits en France pour les médecins mais il est toujours intéressant de voir leur application et les conséquences qui en découlent sur les deux professions sur lesquelles ils s'appliquent : les opticiens et les dentistes.

Le mois d'août arrive et, avec lui, les vacances. Bien que nos bureaux parisiens soient fermés pendant cette période, les membres du bureau de la FNMR resteront vigilants, ce moment étant souvent mis à profit par les gouvernements pour mettre en place des mesures de façon insidieuses.

Je vous souhaite de bonnes vacances.

**Docteur Jean-Philippe MASSON**  
*Président de la FNMR*

## sommaire # 393

### ■ Les réseaux de soins

Les réseaux de soins : avenir en France ? Pour ou contre 04

Les réseaux de soins aux Etats-Unis 05

Les complémentaires en France 10

Pourquoi ne font-ils pas le 1/3 payant ? 14

Pourquoi font-ils le 1/3 payant ? 15

Les réseaux de soins vus par les opticiens 17

Les réseaux de soins vus par les dentistes 19

Rapport sur les réseaux de soins 23

La voie d'avenir des réseaux de soins 23

Pourquoi faut-il supprimer les réseaux de soins conventionnés ! 25

■ Les réseaux de soins : avenir en France (Table ronde) 28

■ FNMR Dating 33

■ 2016 : démographie des radiologues en hausse 34

■ Déserts radiologiques

Vaucluse : fermeture de 6 centres d'imagerie 36

Cabinet de radiologie de St-Martin-de-Ré 37

■ FNMR et FORCOMED fermeture août 38

■ Vie fédérale : Elections Bureaux 39

■ Médaille de la FNMR 39

■ Petites annonces 42

**Annonces**

BRACCO 44

CMPS 43

FORCOMED 40

FORCO FMC 41

GUERBET 02 et 27

UNIPREVOYANCE 21





# Réseaux de soins : avenir en France ? Pour ou contre ?

Le séminaire annuel de la FNMR, consacré cette année aux réseaux de soins, est accueilli par Eric Guillemot, Président de l'Union régionale des radiologues de PACA, par Jean-Marie GiralDI, Vice-Président, et par Eliane Delmas, Présidente du syndicat des Bouches-du-Rhône.

Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR introduit les débats en soulignant que si aujourd'hui les réseaux de soins, sauf exception, ne sont pas d'actualité, les déclarations du mouvement mutualiste, les propositions de loi présentées et adoptée pour l'une d'elle montrent que le développement, voire leur généralisation pourraient intervenir rapidement.

De nombreux cabinets de radiologie ont l'expérience de la pratique du tiers-payant, première étape vers les réseaux, et sont organisés en conséquence. A l'opposé, d'autres cabinets ont rencontré d'importantes difficultés avec les organismes complémentaires et le tiers-payant : complexités administratives, mobilisation du secrétariat pour suivre les tiers-payant, coût de gestion, etc.

Il n'y a pas lieu aujourd'hui de s'engager ou de refuser les réseaux, la question n'est pas posée. Si tel était le cas, des conditions devraient être définies comme la libre adhésion aux réseaux, la non discrimination entre les professionnels, l'unicité tarifaire, etc.

Avec ce séminaire, la FNMR a souhaité lancé une réflexion pour apporter aux médecins radiologues les éléments qui leur permettront de se forger une opinion et de se préparer, éventuellement, à une évolution de la législation qui autoriserait les réseaux de soins.

Le séminaire a été décomposé en deux parties. La première a permis aux intervenants de présenter des points de vue, des angles différents. La seconde partie, sous la forme d'une table ronde a engagé le débat entre les intervenants, les grands témoins et les participants.

### INTRODUCTION PAR :

Dr Jean-Philippe MASSON – Président de la FNMR  
Dr Eric GUILLEMOT – Président de l'Union régionale PACA  
Dr Jean-Marie GIRALDI – Vice-Président de l'Union Régionale PACA  
Dr Eliane DALMAS – Présidente du syndicat des Bouches-du-Rhône

### GRANDS TEMOINS :

Dr Jean-Paul ORTIZ – Président de la CSMF  
Dr Eric HENRY – Président du SML

### ANIMATEURS :

Drs Eric CHAVIGNY – Jean-Charles LECLERC

- Les réseaux de soins aux Etats-Unis  
Dr. Robert LAVAYSSIERE – Vice-Président de la FNMR
- Les complémentaires en France  
M. Wilfrid VINCENT – Délégué général de la FNMR
- Pourquoi ne font-ils pas le 1/3 payant ?  
Dr. Olivier BARBANCON – Radiologue – Alpes-Maritimes

- Pourquoi font-ils le 1/3 payant  
Dr. Jean-Marie GIRALDI – Radiologue – Bouches-du-Rhône
- Les réseaux de soins vus par les opticiens  
M. Alain GERBEL – Président de la FNOF (Fédération nationale des opticiens de France)
- Les réseaux de soins vus par les dentistes  
M. Christian SOLETTA – Conseiller de la CNSD (Confédération nationale des syndicats dentaires)
- Rapport sur les réseaux de soins  
M. Nicolas BOUZOU – Economiste – Asterès
- La voie d'avenir des réseaux de soins  
M. Philippe PRESLES – Directeur Recherche Développement Santé d'AXA
- Pourquoi faut-il supprimer les réseaux de soins conventionnés !  
M. Frédéric BIZARD – Economiste – Salamati conseil

## Les réseaux de soins aux Etats-Unis

Dr Robert Lavayssière

Le système de soins aux Etats-Unis s'est construit sur plusieurs décennies. Il se distingue du modèle français par l'absence de payeur unique et permet donc la juxtaposition de plusieurs modes de couverture, d'assurance santé.

### Quelques dates :

- **1933** : Federal Emergency Relief Administration/New Deal. F.D. Roosevelt, Pdt
- **1935** : Social Security Act : Assurance vieillesse / chômage. ADC : Aid to Dependant Children
- **1965** : Medicare/Medicaid. L. Johnson, Pdt
- **1984** : Loi Hatch-Waxman, Drug Price Competition and Patent terms Restoration Act : médicaments génériques
- **1993-1994** : Echec de l'Assurance Maladie Universelle. B. Clinton, Pdt
- **1996** : Personal Responsibility and Work Opportunity Act, Health Insurance Portability and Accountability Act. B. Clinton, Pdt
- **2010/2014** : Patient Protection and Affordable Care Act/Health Care and Education Reconciliation Act. B. Obama, Pdt

### Les modes de couverture

- Le système public couvre 33 % des personnes, avec :
  - Medicare : 16 %
  - Medicaid : 15 %
  - Autres : 2 %
- Les assurances dépendantes de l'employeur couvre 48 % (HMO & PPOs) des personnes
- L'assurance directe : 6 %
- Les "Non assurés" sont 13 %. Ils sont la cible du "Patient Protection and Affordable Care Act" (Obama care)

48 % des dépenses de santé sont assumées par les différents systèmes publics :

- Medicare : 20 %
- Medicaid : 28 %

Il est noter que les pourcentages sont variables en fonction des Etats. Les associations et les cumuls de différentes couvertures maladie sont possibles.

### Les différents systèmes

De nombreux programmes de couverture santé coexistent, les uns sous l'égide de l'Etat américain

(Government Health Programs), les autres privés (Private Health coverage).

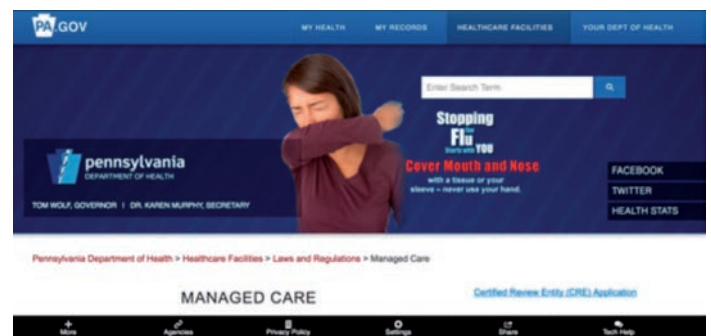
### Government Health Programs

- Federal Employees Health Benefits Program
- Indian Health Service
- Veterans Health Administration
- Military Health System / TRICARE
- Medicare
- Medicaid / State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
- State Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)
- Prescription Assistance (SPAP)

### Private health coverage

- Health insurance in the United States
- Consumer-driven health care
  - Flexible spending account (FSA)
  - Health Reimbursement Account
  - Health savings account (HSA)
  - High-deductible health plan (HDHP)
  - Medical savings account (MSA)
  - Private Fee-For-Service (PFFS)
- Managed care (CCP)
  - Health maintenance organization (HMO)
  - Preferred provider organization (PPO)
  - Exclusive provider organization (EPO)
- Medical underwriting

### MANAGED CARE



Il concerne aussi medicaid et medicare  
**La définition du managed care** : « a system of health care (as by an HMO or PPO) that controls costs by placing limits on physicians' fees and by restricting the patient's choice of physicians ». Autrement dit un système qui contrôle les coûts en imposant des limitations tarifaires aux médecins et en restreignant le choix du médecin par les patients.

## “Managed Care” : santé gérée ou soins intégrés ? Assurance et production...

- Fourniture de soins dans le cadre de réseaux intégrés : groupe de prestataires
- Contractualisation (sélective).
- Coordination et pilotage dans le réseau de soin (s) : optimisation et baisse des coûts.
- Entrée dans la chaîne : “gate keeper”.
- Assurance qualité : évaluation et accréditation.
- Co-responsabilité budgétaire.
- Centré sur les maladies : “disease management”.  
Notion de centre de compétence.

### HMO, PPO et variantes

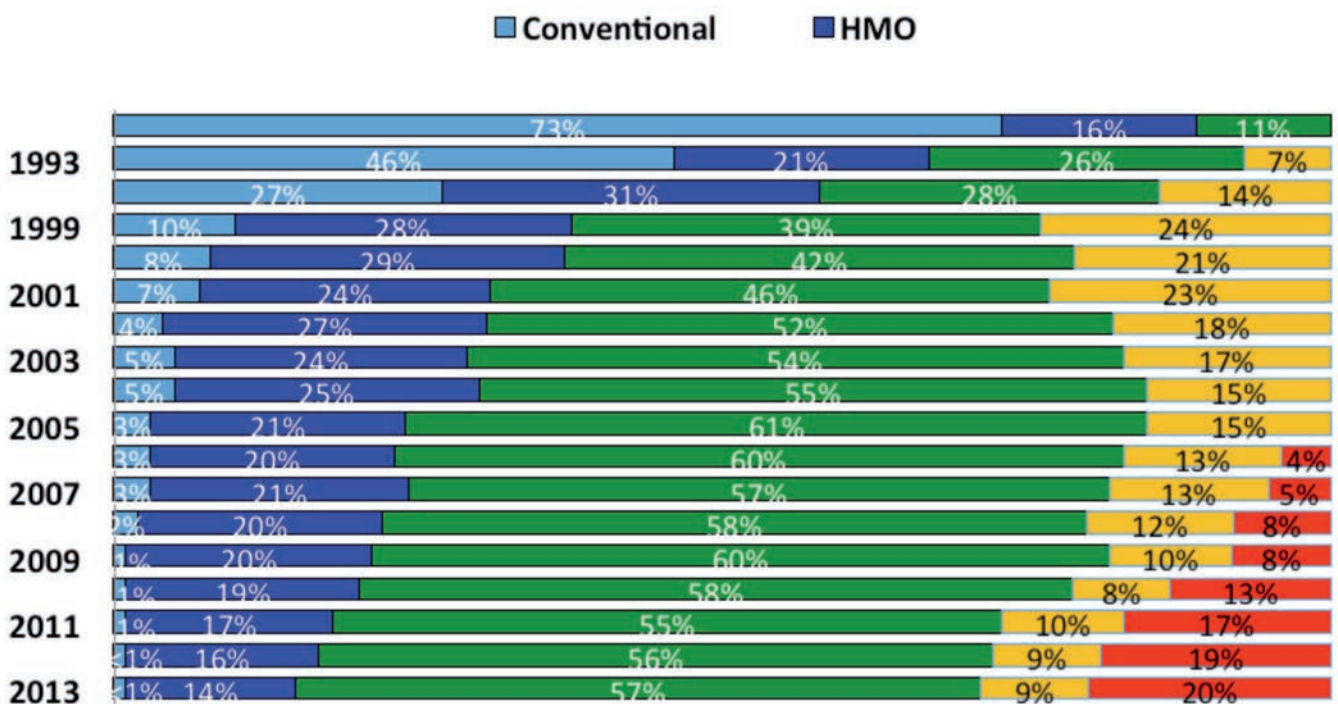
Plusieurs types d'organismes se partagent le marché de la couverture santé.

- Les HMO : Health Maintenance Organization. HMO Act (1973), R. Nixon, Pdt :
  - Services de santé prépayés par prime annuelle {personnelle ou via employeurs (« package »)}. Régulation fédérale et par Etats,
  - Accès aux soins dans les limites de la définition du contrat,
  - Prévention (vaccins, programmes divers, dépistages).

- Accès via un gate-keeper : « médecin référent » (Généraliste, interniste), sauf urgence ou « co-payment » majoré. Dans certains cas : intervention d'un « case manager ».
- Médecins :
  - **Staff model** : salariés exerçant dans les locaux des HMO.
  - **Group model** : non salariés, contrats avec des groupes exclusifs (liés aux HMO) ou groupes indépendants, **Independent Group model et Independent practice association**, qui contractent avec les HMO.
- Les PPO : Preferred Providers Organization : organisation qui contracte avec des prestataires préférentiels. Pas de gate-keeper. Fee for service. Plus souple et plus cher. Entente préalable pour certains actes.
- Les POS : Point of Service : HMO + PPO. Gate-keeper.
- Les HDHP : High-deductible health plan : primes moins élevées, participation plus importante (« deductible »).
- Les Catastrophic plans : pour les moins de 30 ans : couverture du risque exceptionnel.

L'évolution du mode de couverture révèle la disparition du système traditionnel, la réduction de la part des HMO et des POS, la stabilité des PPO et la montée en charge des HDHP ([graphique 1](#)).

**Graphique 1 : Evolution du mode de couverture Kaiser Foundation**



Le mode de couverture dépend fortement de la taille localisation géographique (tableau 1).  
de l'entreprise, de son secteur mais aussi de la

**Tableau 1 : Type de couverture maladie selon différents critères 2013**

	Conventional	HMO	PPO	POS	HDHP/SO
<b>FIRM SIZE</b>					
3-24 Workers	1%	13%	44%*	19%*	23%
25-49 Workers	0*	24*	41*	10	25
50-199 Workers	1	12	53	17*	17
200-999 Workers	<1*	15	61	7	18
1,000-4,999 Workers	1	14	63	6	17
5,000 or More Workers	<1	13	63*	4*	20
All Small Firms (3-199 Workers)	1%	15%	47%*	16%*	21%
All Large Firms (200 or More Workers)	<1%	13%	62%*	5%*	19%
<b>REGION</b>					
Northeast	<1%	15%	53%	12%	20%
Midwest	<1	7*	56	10	27*
South	<1	10*	66*	7	16
West	1	25*	49*	8	17
<b>INDUSTRY</b>					
Agriculture/Mining/Construction	1%	10%	54%	19%	16%
Manufacturing	<1	6*	55	13	26
Transportation/Communications/Utilities	1	18	62	2*	17
Wholesale	0*	10	55	10	25
Retail	<1*	12	65	7	15
Finance	<1*	12	54	6	28
Service	1	15	55	8	22
State/Local Government	<1*	17	70*	8	5*
Health Care	1	18	56	10	16
<b>ALL FIRMS</b>	<b>&lt;1%</b>	<b>14%</b>	<b>57%</b>	<b>9%</b>	<b>20%</b>

Source : Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 2013.

## Gate Keeper

Le système du gate-keeper fonctionne sur le principe de la limitation de l'accès direct aux spécialistes. Mais il devient habituel que les patients choisissent un radiologue sans passer par un médecin référent. Une analyse juridique récemment parue rappelle que :

- Les Etats ont légiféré sur les règles à respecter en radiologie pour les patients en accès direct.
- Medicare exige des patients qu'ils aient une ordonnance de leur médecin traitant pour leurs examens diagnostics à l'exception de la mammographie de dépistage.

L'étude suggère que :

- pour les patients en accès direct, les radiologues mettent au point un protocole rigoureux pour transmettre les résultats à un médecin généraliste ou spécialiste référent.

Au final, si les organismes payeurs peuvent accepter l'accès direct, ils ont la possibilité de refuser le paiement en l'absence d'une ordonnance.

## Pour l'assuré

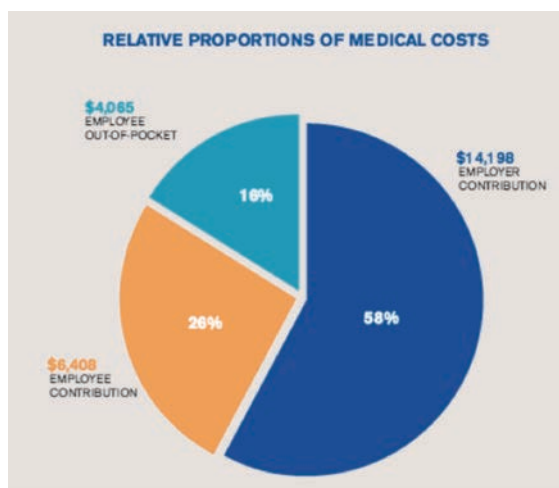
Pour l'assuré, le coût moyen des contrats est de 24 671 \$ pour une famille de 4 personnes auxquels s'ajoute la part de l'employeur (tableau 2). Par comparaison, le revenu moyen américain est de 53 000 \$.

**Tableau 2 : Part de l'employeur dans la couverture santé : non taxable comme revenu**

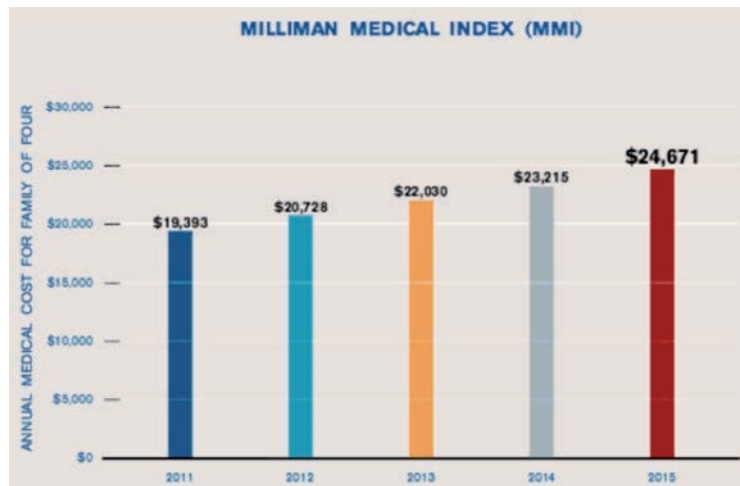
	Par mois	Par an
<b>HMO</b>		
Single Coverage	\$502	\$6 029
Family Coverage	\$1 379	\$16 543
<b>PPO</b>		
Single Coverage	\$503	\$6 031
Family Coverage	\$1 389	\$16 671
<b>POS</b>		
Single Coverage	\$498	\$5 972
Family Coverage	\$1 369	\$16 429
<b>HDHP/SO</b>		
Single Coverage	\$442*	\$5,306*
Family Coverage	\$1,269*	\$15,227*
<b>ALL PLAN TYPES</b>		
Single Coverage	\$490	\$5 884
Family Coverage	\$1 363	\$16 351

Ces dernières années ont vu les coûts de soins de santé progresser comme le montre l'index "milliman medical". Ainsi, les coûts des soins médicaux pour une famille sont passés de 19 400\$ en 2011 à 24 670 \$ en 2015 ce qui représente une hausse de 5 à 7% par an. La hausse des médicaments est un des principaux facteurs de cette évolution (voir graphiques 2 et 3).

**Graphique 2 : Répartition des coûts médicaux**



**Graphique 3 : Indice des coûts médicaux pour une famille de 4 personnes**



La hausse des coûts affecte un américain adulte sur trois qui s'est vu adresser une facture de soins au-delà de ses capacités financières. Le problème est tel qu'aujourd'hui, la première cause de faillite personnelle est le traitement du cancer.

## Les radiologues

L'organisation des médecins radiologues aux Etats-Unis repose sur :

### Des organisations...

- Sociétés savantes :
  - RSNA
  - ARRS, etc...
- American Medical Association
- American College of Radiology
- Lobbying...

### Des groupes de taille croissante

- En réseaux locaux ou plus étendus
- Spécialisés : "Nighthawks"



## Les organismes assureurs

Le marché de la santé aux Etats-Unis est de 744 milliards de dollars. 25 sociétés s'en partagent les deux-tiers (encadré 1).



## Encadré 1 : Liste des 25 premiers organismes sur le marché de la santé

**Rank and Insurer:**

1. [UnitedHealth Group](#)
2. [Kaiser Foundation Group](#)
3. [Anthem Inc. \(Formerly Wellpoint Inc. Group\)](#)
4. [Aetna Group](#)
5. [Humana Group](#)
6. [HCSC Group](#)
7. [Cigna Health Group](#)
8. [Highmark Group](#)
9. [Blue Shield of California Group](#)
10. [Independence Blue Cross Group](#)
11. [Centene Corp Group](#)
12. [HIP Insurance Group](#)
13. [BCBS of New Jersey Group](#)
14. [BCBS of Michigan Group](#)
15. [Guidewell Mutual Holdings Group](#)
16. [California Physicians' Service](#)
17. [Wellcare Group](#)
18. [Carefirst Inc. Group](#)
19. [Health Net of California, Inc.](#)
20. [Molina Healthcare Inc. Group](#)
21. [UHC of California](#)
22. [Lifetime Healthcare Group](#)
23. [BCBS of Massachusetts Group](#)
24. [Metropolitan Group](#)
25. [Cambia Health Solutions Inc.](#)

La conséquence de cette concentration est que dans la plupart des Etats, la concurrence est réduite et affecte les patients comme les médecins (graphique 4).

**Graphique 4 :**  
**Degré de concurrence**  
**En violet les Etats les plus concurrentiels**  
**En bleu les moins concurrentiels**



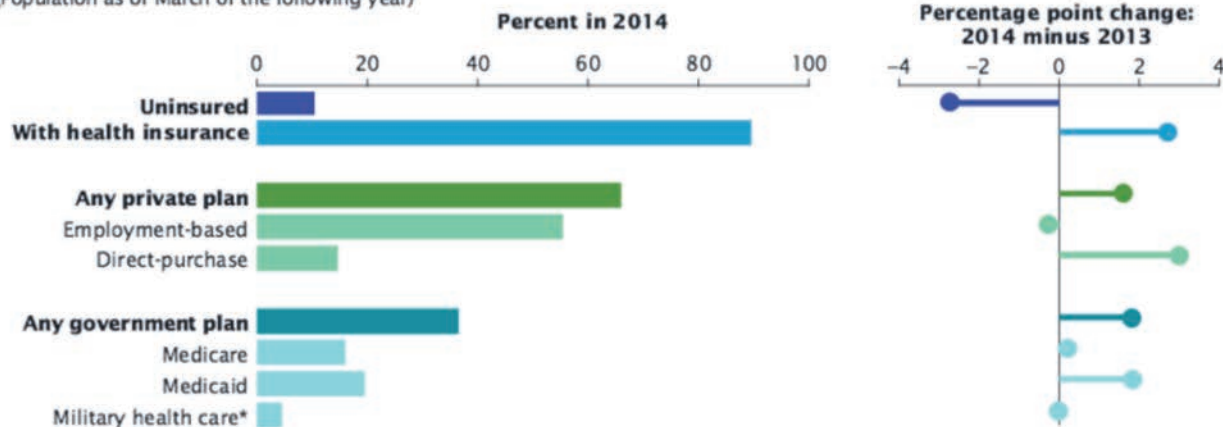
## Obamacare : un début d'impact

La réforme du système de santé mise en place par Obama (Obamacare) connaît ses premiers résultats (graphique 5).

**Graphique 5 : Taux de personnes assurés ou non selon le type de plan 2014**

### Last Year: 2014

(Population as of March of the following year)



Note: Between 2013 and 2014, there was not a statistically significant change in the percentage of people covered by employment-based health insurance or military health care.

\*Military health care includes TRICARE and CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs), as well as care provided by the Department of Veterans Affairs and the military.

For information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions in the Current Population Survey, see <www2.census.gov/programs-surveys/cps/techdocs/cpsmar15.pdf>.

## Conclusion

Le système de santé américain se caractérise par :

- **Sa complexité** : multiples systèmes avec variantes et interpénétrations.
- **Des éléments positifs** :
  - Pas de monopole théorique ni de monopsonne.
  - Concurrence et opportunités, ...
  - Gestion de la qualité des soins/utilisation.
  - "Disease management"/protocoles/coordination.
- **Des éléments sujets à caution** :
  - Complexité : décryptage pour les patients ?
  - Reste à charge/copayment parfois très élevé...
  - Modes de rémunération : capitation, à l'acte, gestion des "enveloppes" type Grande-Bretagne, ...
  - Risques sur les honoraires : ristournes sauvages (Medicare).
  - Bureaucratie et frais de gestion, décisions prises par des "non-médecins".
  - Pas d'impact sur les dépenses globales ni de fermetures significatives de lits.

## L'exemple américain et les défis du XXI<sup>ème</sup> siècle

Les programmes américains peuvent-ils servir de référence pour répondre aux défis du XXI<sup>ème</sup> siècle ?

- **Poids des maladies chroniques** : le "disease management" est-il une réponse ?
  - Cancer, SIDA, hépatite C
  - Pathologies
  - Respiratoires (BPCO, asthme),
  - Neurologiques (démence, Parkinson),
  - Métabolique (Diabète)
- **Démographique** : dépendance : Medicaid
- **Numériques** : e Santé, HIPAA
- **Professionnels** : Integrated delivery ?
  - Modalité d'exercice en réseau ? Regroupements... GHT ?
  - Interactions pluridisciplinaires, ...
- **Démocratiques** : accès à l'information ?
- **La médecine personnalisée** : 4P

- La protection des données : "big data"

## Face aux nouveaux enjeux, des nouveaux "métiers" !!!

- Organisation de la profession médicale : du syndicalisme aux organisations "professionnelles" ?
- Organisation de la radiologie : vers des opérateurs de soins, d'imagerie, en réseau professionnel ?

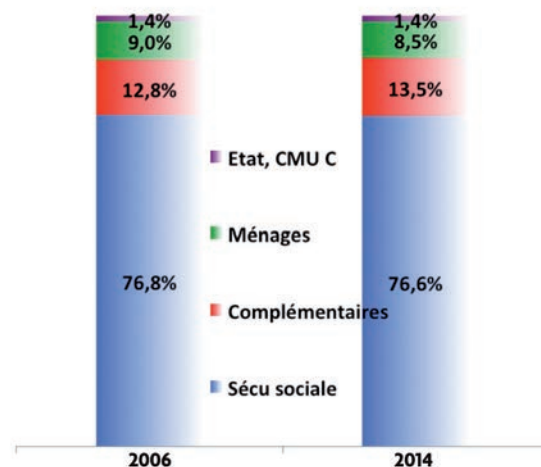
Alors, les réseaux. Oui, mais...

## Les complémentaires en France Wilfrid Vincent

Bien que qualifiés de complémentaires, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont un poids non négligeable dans le financement des dépenses de santé des Français. Leur participation s'élève à 25,7 milliards d'euros.

Au cours des dix dernières années, elle est passée de 12,8% à 13,5% dans le financement des dépenses de soins et biens médicaux <sup>1</sup> (graphique 1).

**Graphique 1 : Répartition du financement des dépenses de soins et biens médicaux 2006 2014**



## Les types d'organismes complémentaires

Aujourd'hui, 573 organismes se partagent ce marché et les 33,9 milliards d'euros de cotisations. Il existe trois types d'organismes complémentaires santé :

<sup>1</sup> Consommation de soins et biens médicaux= soins hospitaliers, consultations médecins, dentistes, kiné, médicaments, lunettes, pansements,...)

## 1 - Les mutuelles

Ce sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles sont régies par le code de la mutualité.

Elles ne rétribuent aucun actionnaire. Elles sont financées majoritairement grâce aux cotisations de leurs membres.

Elles prônent des valeurs de solidarité et n'utilisent pas de critères de sélection.

Les deux plus importantes sont Harmonie mutuelle et la MGEN.

Au total, 550 mutuelles qui emploient 85 000 salariés couvrent 38 millions de personnes pour un montant de 21,3 milliards de cotisations.

## 2 - Les sociétés d'assurance

Il existe deux types de sociétés d'assurance :  
**Les sociétés anonymes à capitaux** comme Axa ou Allianz.

Elles ont pour objectifs la réalisation de bénéfices et la redistribution aux actionnaires.

Elles sont régies par le code des assurances.

Leurs tarifs sont différenciés selon les risques (âge, sexe, lieu d'habitation, état de santé,...)

**Les sociétés d'assurances mutuelles** (communément appelées mutuelles d'assurance) comme la MAAF, la Macif, MMA, Groupama,...)

Elles ont le statut de sociétés civiles sans but lucratif mais sont régies par le code des assurances.

## 3 - Les institutions de prévoyance comme AG2R La Mondiale, Uniprévoyance, Malakoff médéric.

Ce sont des sociétés de personnes, de droit privé, à but non lucratif.

Elles sont régies par le code de la sécurité sociale.

Elles gèrent des contrats collectifs (maladie, incapacité de travail et invalidité, dépendance, décès).

Les contrats sont passés au niveau de l'entreprise ou de la branche professionnelle.

Elles relèvent des directives européennes sur l'assurance.

## Le marché des complémentaires

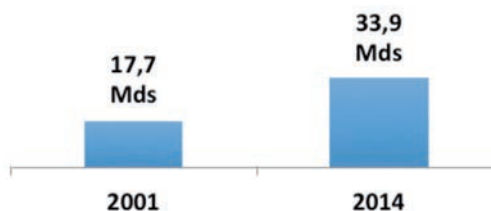
Le marché des complémentaires est en forte restructuration depuis une quinzaine d'années. Il est ainsi passé de 1702 organismes en 2001 à 1074 en 2005 puis 784 en 2009 et 573 en 2014. Le mouvement de regroupement n'est toujours pas terminé (**graphique 2**).

**Graphique 2 : Nombre d'organismes complémentaires**



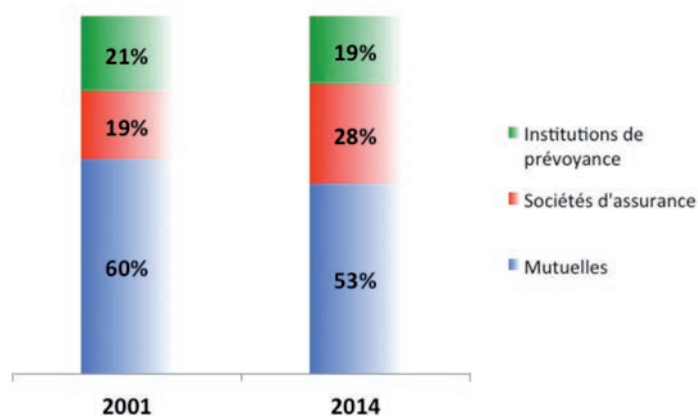
Dans le même temps, le chiffre d'affaires, évalué par le montant des cotisations collectées a progressé de 18 à 34 milliards d'euros (**graphique 3**).

**Graphique 3 : Cotisations collectées**



Les mutuelles détiennent 53% du marché mais sont en net recul puisqu'elles récoltaient 60% des cotisations en 2001. Dans le même temps, la part des institutions de prévoyance s'est aussi réduite passant de 21% à 19%. Les bénéficiaires ont été les sociétés d'assurance dont la part est passée de 19% à 28% (**graphique 4**).

**Graphique 4 : Part de marché selon le statut des complémentaires - 2001 - 2014**



## L'activité santé

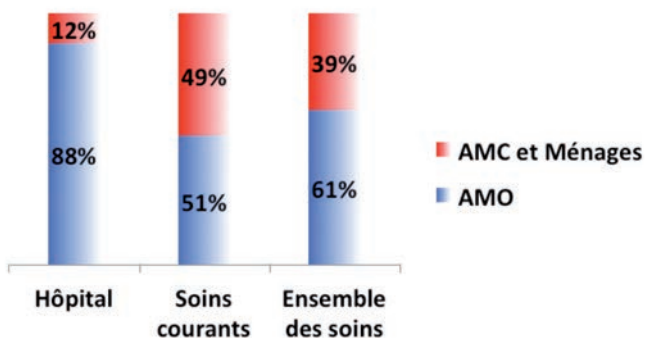


L'activité santé représente 15% du chiffre d'affaires du secteur des complémentaires, en progression depuis 2009 (13%). Son poids dans l'activité totale des complémentaires est très différent selon le type d'organisme avec seulement 5% pour les sociétés d'assurance, 47% pour les institutions de prévoyance et 84% pour les mutuelles.

## Les remboursements

La part des complémentaires dans les remboursements pour les affections qui ne sont pas de longue durée (non ALD) varie selon la nature des soins financés pour un pourcentage moyen de 39%. Ainsi, les complémentaires remboursent 12% des frais d'hôpital et 49% des soins courants (graphique 5).

**Graphique 5 : Part de l'AMO et de l'AMC dans le financement des soins**



Leurs principaux postes de dépenses sont le médicament (pour 20%), les autres biens médicaux en ambulatoire (19%), les soins hospitaliers (18%). Les dépenses pour les honoraires de médecins représentent 15% de leurs engagements (graphique 6).

Le reste à charge pour les patients est de 2,47 milliards, déduction faite des remboursements par l'assurance maladie et par les complémentaires.

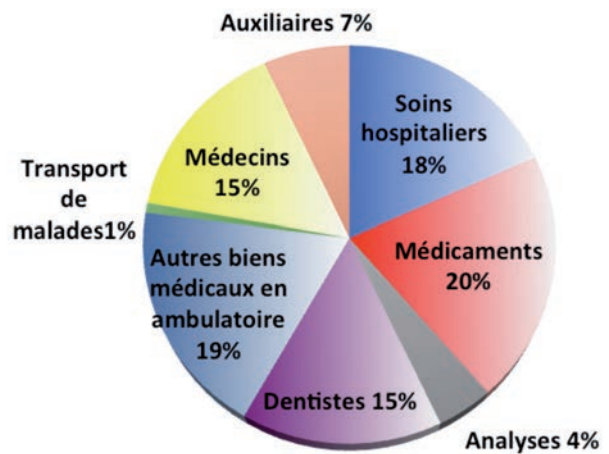
## 2 types de contrats

Il existe deux types de contrats complémentaires: individuels et collectifs.

La majorité des contrats (57%) sont individuels, donc souscrits directement par les particuliers (graphique 7).

Les contrats collectifs sont souscrits par une entreprise ou une branche professionnelle.

**Graphique 6 : Répartition des dépenses des complémentaires par poste**

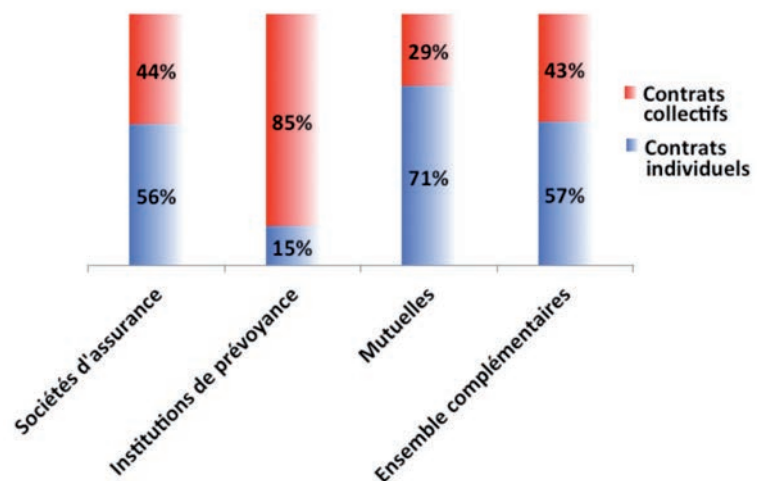


**Graphique 7 : Répartition des contrats selon leur nature - 2014**



La composition du portefeuille est différente selon l'organisme. Les mutuelles n'ont que 29% de contrats collectifs, les sociétés d'assurance 44% et les institutions de prévoyance 85% (graphique 8).

**Graphique 8 : La répartition par type de contrat (% des cotisations perçues) - 2014**

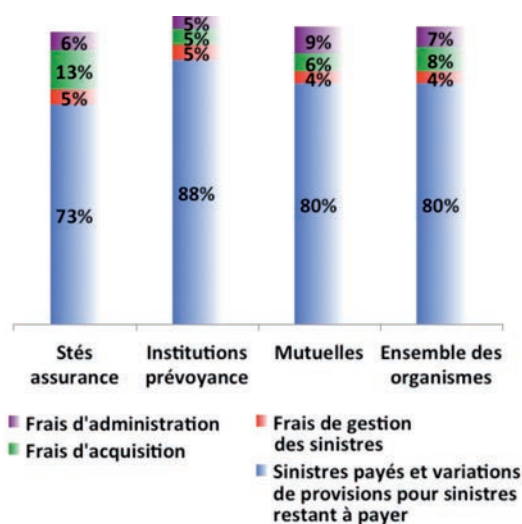




Pour l'ensemble des organismes complémentaires, le principal poste (80%) de charges est constitué par les versements et les provisions pour les sinistres, en légère baisse depuis 5 ans. Les frais d'administration font 9% des charges, en très légère baisse. Les frais d'acquisition font 6%, en légère hausse. Les frais de gestion des sinistres sont stables à 4%.

Les charges des différents organismes ne se répartissent pas de la même façon. Pour les institutions de prévoyance, les versements pour les sinistres s'élèvent jusqu'à 88% des charges alors qu'elles ne font que 80% pour les mutuelles et 73% pour les sociétés d'assurance. Le pourcentage des frais d'acquisition est aussi très différent. Les institutions de prévoyance et les mutuelles y consacrent respectivement 5% et 6% alors que les sociétés d'assurance y consacrent 13% (graphique 9).

**Graphique 9 : Répartition des prestations et charges selon le type d'organisme (% des cotisations perçues) - 2014**

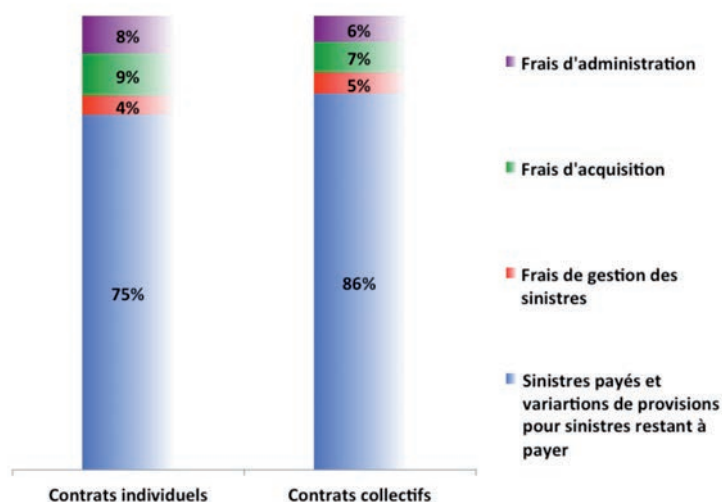


La répartition des charges, selon le type de contrat, montre que les versements et provisions pour sinistres sont nettement plus élevés pour les contrats collectifs (86%) que pour les contrats individuels (75%) (graphique 10).

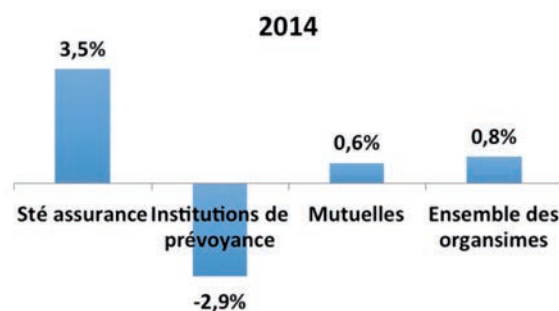
## Le résultat

Le résultat de l'ensemble des complémentaires est en excédent de près de 300 millions, soit 0,8% des cotisations, pour 2014. Mais la situation est bien différente selon la nature de l'organisme avec un excédent de 3,5% pour les sociétés d'assurance alors que les institutions de prévoyance ont une perte de -2,9%. Les mutuelles ont un léger excédent de 0,6% (graphique 11).

**Graphique 10 : Répartition des prestations et charges selon le type de contrat (% des cotisations perçues) - 2014**

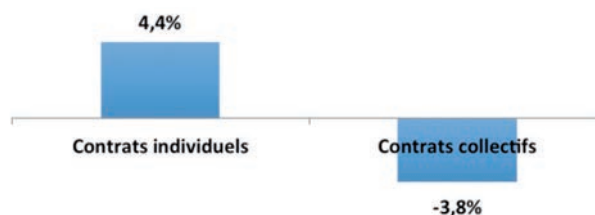


**Graphique 11 : Résultat 2014 (Ressources - charges en % des cotisations)**



Les résultats se distinguent aussi selon la nature des contrats avec un excédent de 4,4% pour les contrats individuels et un déficit de -3,8% pour les contrats collectifs (graphique 12).

**Graphique 12 : Excédent selon la nature du contrat - % des cotisations - 2014**



En fonction de la concurrence et de leurs résultats, les organismes complémentaires s'orientent tous vers la maîtrise des dépenses. Deux axes sont privilégiés :

- La limitation des garanties.
- Le développement de réseaux de soins avec tarifs négociés.

Vis-à-vis des adhérents ou assurés, les complémentaires ont une politique d'incitation à la modération de la consommation de soins en offrant de meilleurs remboursements.

## Les propositions législatives

La situation de l'assurance maladie complémentaire a conduit le législateur à s'intéresser à ce secteur. Ces dernières années, deux propositions législatives ont été déposées par des députés. La première, en 2012, par Bruno Le Roux, président du groupe socialiste de l'Assemblée nationale, est devenue la loi Le Roux (2013). La seconde est celle du député du Pas de Calais, Daniel Fasquelle, Les Républicains.

La proposition de loi de Bruno Le Roux visait à **permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins**.

En son article unique, elle exposait que *"les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins"*.

Cette proposition qui autorisait des différenciations de prestations selon le recours ou non à un réseau a soulevé de fortes oppositions qui ont conduit à l'adoption de la loi Le Roux, le 19 décembre 2013, fixant des limites aux réseaux.

Article 2 de la loi Le Roux : *"Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins"*.

« L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés au troisième alinéa du présent I peut adhérer à la convention" ».

La loi prévoit une exception pour les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier qui peuvent limiter le nombre d'adhésions.

<sup>2</sup> Groupement d'intérêt économique.

<sup>3</sup> Contrat d'accès aux soins.

Le député Fasquelle a déposé une proposition de loi visant à interdire purement et simplement les réseaux de soins avec des remboursements différenciés. Son article unique vise à garantir la liberté de choix des professionnels de soins et la qualité des prestations de santé : *"Il est interdit à ces conventions de proposer des remboursements différenciés pour un soin, une prestation ou un dispositif qui seraient justifiés par la non-adhésion des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé aux dites conventions"*.

## Pourquoi ne font-ils pas le 1/3 payant ?

Dr Olivier Barbançon

Marisol Touraine, ministre de la santé, déclarait, en novembre 2015, sur BFM TV : *"Le tiers-payant généralisé est une mesure de justice. C'est une mesure de simplification aussi, c'est moins de paperasse"*.

Ces propos n'étaient vraisemblablement pas destinés aux médecins radiologues qui ont eux une vraie expérience du tiers-payant.

Bien que le tiers-payant intégral était pratiqué depuis de nombreuses années dans notre région, les groupes de l'ouest des Alpes-Maritimes ont décidé d'harmoniser leur pratique et cela sans aucune hostilité de la patientèle ou des structures hospitalières publiques et privées partageant nos GIE <sup>2</sup> : TDM et IRM.

Appliquer le tiers-payant intégral dans nos structures était devenu beaucoup trop complexe. Il existe plus de 500 organismes différents comprenant les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, la Mutualité Française à elle seule rassemble plus de 400 mutuelles. Certaines imposent la signature de contrat liant le praticien et l'organisme mutualiste. Les modalités de remboursement sont différentes et complexes selon la mutuelle. En fonction de la taille de nos structures, une ou plusieurs secrétaires étaient affectées à cette activité exclusive. Les informations fournies par le patient étaient souvent erronées, le parcours de soins n'était pas respecté, la carte mutuelle n'était plus valide ou la garantie ne correspondait pas à l'acte...

Une partie significative de ces honoraires était définitivement perdue. L'encaissement était bien sûr systématiquement différé.

CAS <sup>3</sup> et 1/3 payant intégral : malgré les engagements pris par les mutuelles, beaucoup d'entre elles ne remboursent pas les dépassements. Si nous

appliquons le tiers-payant intégral, ces dépassements contractuels ne seraient plus honorés.

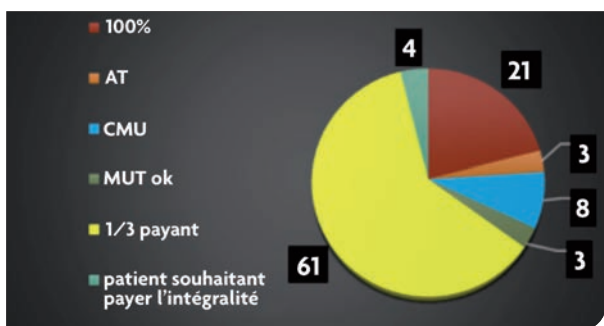
Nous restons des professionnels responsables et solidaires : un patient : ALD, AT, CMU, AME et ACS <sup>4</sup> ne règle rien. Les patients dont la carte vitale valide les droits complémentaires (type : MG, MGEN, SLI, MGP, ...) ne règlent pas non plus.

Si nécessaire, un encaissement différé est toujours proposé et il ne s'agit que de la part complémentaire. Quel pourcentage de notre patientèle doit acquitter la part mutuelle ? (voir graphique 1)

**Graphique 1 : Répartition de la patientèle selon le 1/3 payant**

## RÉPARTITION DE LA PATIENTÈLE

### Activité hors imagerie TDM – IRM

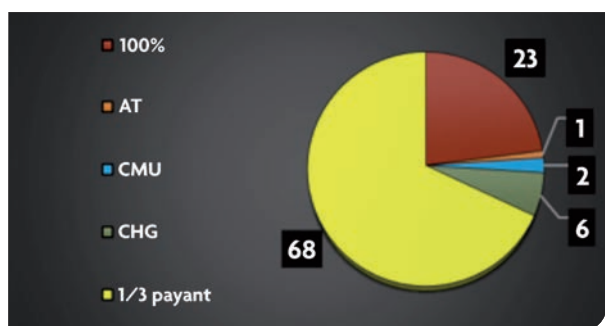


### Activité radio Echo

→ 36 % ne paye pas

→ 64 % règle uniquement la part complémentaire

### Activité TDM – IRM



### Activité TDM - IRM

→ 32 % ne paye pas

→ 68 % règle uniquement la part complémentaire

Le jeudi 21 janvier 2016, le Conseil constitutionnel a invalidé une partie du dispositif du tiers-payant généralisé, la mesure phare du projet de loi de santé qui prévoyait, d'ici à la fin de 2017, une dispense d'avance de frais intégrale pour les consultations chez un médecin généraliste ou chez un spécialiste.

Ne plus appliquer avec souplesse le tiers-payant intégral et faire régler uniquement à nos patients la part mutuelle apparaît donc une mesure sage et responsable.

## Pourquoi font-ils le 1/3 payant ? Dr Jean-Marie Giraldo

### Avant 1981

Les Bouches-du-Rhône sont un des rares départements à pratiquer le tiers payant intégral et ce depuis trente-trois ans. Du fait de leur importance, des mutuelles avaient obtenu de la CPAM <sup>5</sup> 13, la gestion de la part sécurité sociale (avec frais de gestion des dossiers imposés aux médecins radiologues et tentative de constitution de réseaux sélectifs).

- Importance majeure des mutuelles dans les Bouches-du-Rhône.
- Délégation aux mutuelles par la CPAM.
- Nombreux centres de radiologie mutualistes.
- Frais de gestion de 5 à 15%, imposés aux radiologues.
- Listes de praticiens agréés par les mutuelles.
- Délais de paiements longs non contractuels.

Avantages pour les mutuelles :

- Fonds de roulement important.
- Financement des centres de radiologie mutualistes par les radiologues.

### 1981

En 1981, la caisse primaire décide de reprendre la gestion de l'Assurance Médicale Obligatoire (AMO) et signe un accord de tiers-payant avec le syndicat départemental des médecins radiologues.

- CPAM 13 reprend la gestion de la part sécu.
- Accord entre le syndicat local des radiologues et la CPAM pour le 1/3 payant de la part sécu.

<sup>4</sup> Affection de longue durée, Accident du travail, Couverture maladie universelle, Aide médicale d'Etat, Aide au paiement d'une complémentaire santé.

<sup>5</sup> Caisse primaire d'assurance maladie.

## Après 1981

Ce système, très lourd administrativement au début, se simplifie progressivement avec la carte vitale, la gestion automatisée des flux, le retour Noémie, ...

Si la gestion AMO + AMC (Assurance maladie complémentaire) commune avec émission d'une seule FSE<sup>6</sup> ne pose aucun problème, elle n'est proposée que par quelques mutuelles dites d'Etat.

La gestion séparée AMO + AMC est plus délicate mais l'introduction du DRE (demande de remboursement électronique) pour la part mutuelle, développement auquel nous avons participé, a été un net progrès mais n'est toujours pas adopté par toutes les mutuelles.

- Augmentation de l'activité des centres de radiologie libéraux.
- Amélioration du système :
  - Informatisation
  - Carte vitale
  - Gestion automatisée des flux
  - Retour NOEMIE
  - Regroupement des mutuelles

## Actuellement, 2 types de gestion

Le système se caractérise par deux défauts principaux :

- L'augmentation de l'administratif, surtout pour l'AMC,
- Le contrôle compliqué des règlements (AMC).

S'il n'y a actuellement que 2% de rejets pour l'AMO, liés essentiellement au problème du médecin traitant, il existe encore 5 à 10% de rejet pour l'AMC.

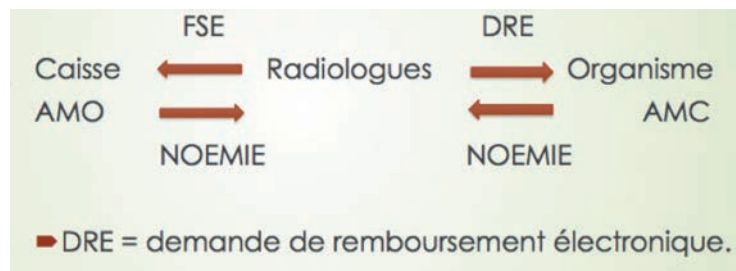
- Rejets AMO (2% à refacturer)
  - Non respect du parcours de soins.
  - Problème de médecin traitant.
  - Carte Vitale non à jour.
- Rejets AMC (5 à 10%)
  - Essentiellement liés à l'ouverture des droits.
  - Au nombre de complémentaires avec modalités de saisi différente.
  - Délais de règlements variables.

### • Gestion AMO + AMC commune :

- Emission d'une seule feuille de soins électronique (FSE).
- Ne concerne que quelques mutuelles.

<sup>6</sup> Feuille de soins électronique.

### • Gestion AMO + AMC séparée :



## Tiers-payant dans les Bouches-du-Rhône

Dans les Bouches-du-Rhône, il y a 100% de tiers-payant pour l'AMO.

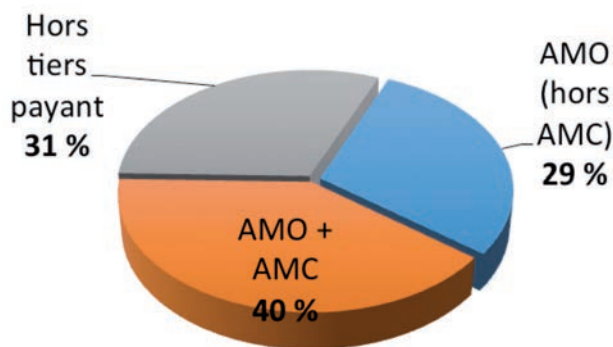
Mais à Aix-en-Provence, les cabinets n'acceptent plus les complémentaires hors FSE.

## Tiers-payant au niveau national

Le taux d'actes de radiologie réalisés en tiers-payant, au niveau national, est (graphique 1) :

- AMO (hors AMC) : 29%
- AMO + AMC : 40%
- Hors tiers-payant : 31%

**Graphique 1 : % d'actes de radiologie réalisés en 1/3 payant au niveau national**



Par comparaison :

- 63% des spécialistes hors radiologie en secteur 1
- 73% des spécialistes hors radiologie en secteur 2
- 7% des pharmaciens
- 16% des biologistes
- 81% des dentistes

## Rapport conjoint AMO-AMC 2016

Le rapport conjoint AMO + AMC du 11 février 2016, reconnaissait que le fonctionnement du tiers-payant



devait être amélioré et proposait la garantie du règlement et la simplification du système.

Les observations mentionnées correspondaient parfaitement à ce que nous observons sur le terrain.

Si ces propositions étaient adoptées, le tiers-payant AMO + AMC ne poserait plus de problème particulier avec la disparition de la complexité du système lié notamment à la multiplicité des organismes complémentaires.

## Le rapport :

- Reconnaît que le fonctionnement doit être amélioré
- Le professionnel ne doit plus supporter le risque financier lié au TP
- Le remboursement doit être rapide
- Le suivi du patient doit être simple
- Propose, entre autres, la garantie de règlement fondé sur l'identification des assurés et de leurs droits, réalisés automatiquement par le logiciel du cabinet.

## Conclusion

Les marseillais pratiquent le tiers-payant pour l'AMO

Par obligation :

- ville pauvre
- historique et habitudes

Pas par plaisir :

- complexité du système
- convention par mutuelle
- personnels dédiés

Mais si les propositions du rapport du 11 février 2016 étaient appliquées, ce serait la fin de 36 ans de difficultés pour les secrétariats des cabinets de radiologie.

Enfin, on peut se demander si :

- l'absence de tout règlement par le patient, en plus de le déresponsabiliser, ne dévalue pas à ses yeux l'acte et donc le médecin radiologue ?
- ce qui est totalement « gratuit » a encore une valeur ?

## Les réseaux de soins vus par les opticiens Alain Gerbel

Les réseaux mis en place par les Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont deux objectifs :

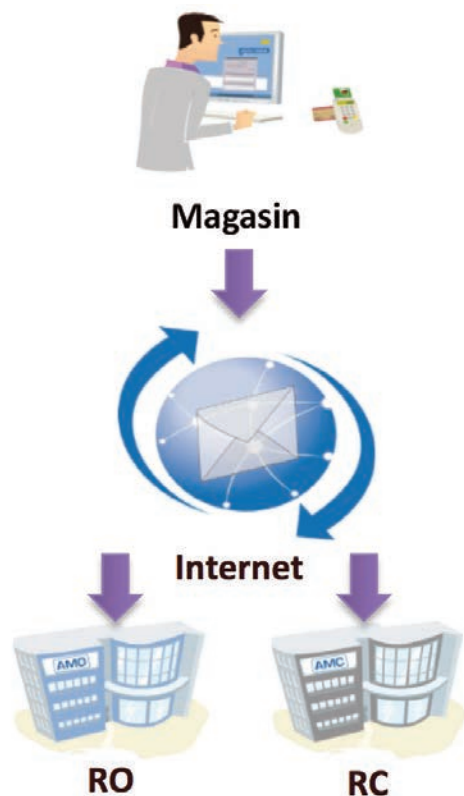
- L'accès aux données de santé sur lequel sera principalement axée la présentation.
- La limitation des prestations versées.

## L'accès aux données de santé

Un système d'échange tout à fait légal et opérationnel existe avec les OCAM : il s'agit de la norme SESAM-VITALE 1.40.

Le protocole SESAM VITALE 1.40 permet de transmettre en toute légalité et en toute sécurité les feuilles de soins des assurés aux caisses d'assurance maladie. C'est :

- La suppression de la feuille de soins papier.
- Une rapidité de remboursement (env. 3 à 5 jours).
- Un système Inter-régimes d'assurance maladie (CPAM, RAM, ...).
- Des données qui sont cryptées et anonymisées.
- Et surtout l'envoi d'une demande de remboursement électronique directement à l'organisme complémentaire.



C'est 1,5 milliard de feuilles de soins traitées, avec plus de 24 informations par feuille de soins. C'est un outil magnifique.

Les OCAM ne veulent pas de ce système d'échange qui les rend aveugles alors qu'ils estiment financer une part importante de la dépense en optique.

Ils ont donc voulu développer leur propre système d'échange, notamment avec la carte DUO qui fut un échec. C'est pourquoi les OCAM ont ensuite mis sur pied leur propre système d'échange avec l'association EDI Optique à travers le développement des réseaux de soins qui imposent aux opticiens des obligations en matière de transmission de données : **Ils ont développé la norme d'échange « OPTOAMC ».**

La norme « OPTOAMC » est une norme d'échange directe entre OCAM et opticiens qui :

- facilite la demande de cotation,
- prépare les devis,
- et permet la télétransmission.

C'est une norme très complète. Sont ainsi transmises aux OCAM les données suivantes :

- Code LPP
  - Données de santé : amétropie, indice de réfraction, sphère, cylindre, axe, addition.
  - Détails sur le verre et la lentille : matière, surface, diamètre, suppléments,...
  - Détail sur la monture : matière, modèle, montage, marque, calibre, taille du nez, longueur des branches, coloris,...
  - Détail des offres commerciales et conventionnelles dans le cadre des réseaux de soins.
  - Détail sur les conditions de garanties.
  - .....

Cet échange se fait **en violation totale de la réglementation en matière de protection des données personnelles de santé.**

Rien que pour les codes LPP qui ne donnent qu'une indication sur le type de verre délivré, l'article L. 161-29 du CSS prévoit que les professionnels de santé qui dispensent des actes ou des prestations remboursables par l'Assurance maladie ne peuvent communiquer le numéro des actes, des prestations ou des pathologies diagnostiquées qu'aux organismes d'assurance maladie obligatoire.

Ne parvenant pas à obtenir le respect de la réglementation applicable auprès de la CNIL en premier lieu et des pouvoirs publics ensuite, nous avons décidé de porter plainte contre la France devant la Commission européenne.

**La procédure européenne sur la transmission des données de santé**

Plainte de la FNOF auprès de la Commission Européenne le 11 juillet 2013 pour non-respect par la France de la Directive 95/46/CE modifiée, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel :

- Parce que l'Etat Français n'empêche pas les transferts de certaines données individualisées de santé aux OCAM qui ont lieu à l'occasion des traitements de prise en charge.
- L'enjeu étant que la France interdise le transfert sans condition de ces données : Si les OCAM ne disposent plus des données de santé concernées, les plateformes créées par les OCAM ne pourront plus assurer le contrôle du respect des engagements des opticiens membres des réseaux qui sont déterminés en fonction de ces données.
- Echanges entre la FNOF et la Commission européenne entre septembre 2013 et mars 2014 :
  - Le 19 mars 2014 : **la Commission estime que les données de corrections optiques sont des données à caractère personnel relatives à la santé.**
- Réponse de la FNOF à la Commission le 8 avril 2014. Deux hypothèses :
  - La loi Informatique et Libertés est suffisante : la CNIL devrait opérer un contrôle préalable que la loi prévoit, ce qu'elle ne fait pas. Les autorités françaises devraient imposer à la CNIL d'effectuer ce contrôle.
  - La loi Informatique et Libertés n'est pas suffisante et doit être complétée : les ministres compétents devraient en prendre l'initiative.
- Nouveaux échanges entre avril 2014 et avril 2015.
- **Le 23 avril 2015, la Commission européenne décide d'instruire la plainte.**
  - Via le système « EU Pilot » qui permet aux Etats membres de remédier aux manquements au droit de l'Union Européenne en se conformant volontairement à la position de la Commission (Taux moyen de résolution = 75%).
- Échanges entre la Commission européenne et les Autorités françaises.

Le dernier délai s'est achevé fin janvier. La Commission européenne analyse actuellement les éléments transmis par les autorités françaises.

**A l'issue de cet examen, elle décidera s'il faut envoyer un avis motivé à la France, puis saisir la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) :**

- Ou bien la France modifie sa réglementation,
- Ou bien elle persiste et la procédure se poursuit devant la CJUE.

Aujourd'hui, le combat contre l'accès aux données de santé des OCAM doit être **partagé par l'ensemble des professionnels de santé.**

C'est ainsi que le CNPS (Centre National des Professionnels de Santé) a diffusé le 10 mars dernier un communiqué appelant les professionnels de santé à la plus grande vigilance :

« Les données de santé contenues dans les logiciels métiers des professionnels de santé libéraux, sont des données sensibles et les professionnels de santé, tenus au secret professionnel, se doivent de garantir leur confidentialité aux patients. Certains opérateurs sont aujourd'hui tentés d'y adjoindre des « logiciels », sous prétexte d'automatiser certains flux, à l'occasion par exemple du tiers-payant.

Le CNPS recommande aux libéraux de santé d'exercer la plus grande vigilance et de **refuser l'implantation de tout dispositif dans leurs logiciels métiers permettant à des tiers d'accéder à leur poste de travail.** »

Accepter de transmettre les données personnelles de santé aux OCAM, c'est accepter de leur confier les clefs aujourd'hui détenues par l'Assurance maladie obligatoire et c'est accepter de perdre son indépendance au profit de ces financeurs de soins.

La loi du 27 janvier 2014 dite **loi Le Roux relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre OCAM et professionnels de santé** visait initialement à sécuriser les pratiques des mutuelles. Elle a ainsi validé la pratique par les mutuelles des remboursements différenciés.

Cette loi contient néanmoins certains garde-fous qui se sont révélés inefficaces :

- Le rapport annuel visant à évaluer les effets de ces conventions sur les droits des patients et l'accès aux soins n'a jamais été remis au Parlement ;
- Le droit fondamental de chaque patient au libre choix de son professionnel de santé est largement bafoué dans le cadre de ces conventions ;
- Aucune information des assurés n'est réalisée par les OCAM sur l'existence de ces conventions, leurs caractéristiques et leurs conséquences sur les droits des patients.

## La limitation des prestations versées

Le second objectif poursuivi par les réseaux consiste à limiter les prestations versées par les OCAM. En contraignant les professionnels de santé, et les opticiens tout particulièrement, à une politique tarifaire extrêmement agressive, les OCAM limitent de facto le montant des remboursements versés à leurs assurés et peuvent donc se permettre de promettre dans leurs contrats des remboursements très élevés qui finalement ne seront jamais versés, tout en se targuant de limiter le reste-à-charge de leurs assurés.

<sup>7</sup> Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

## Les réseaux de soins vus par les dentistes Christian Soletta

- Il y a 70 ans naissait l'organisateur du premier réseau de soins français : la Sécurité sociale.
- Beaucoup oublient en effet que leur conventionnement avec la sécu les fait adhérer à un réseau, dont l'objectif est d'assurer un accès aux soins aux français en garantissant leur solvabilisation auprès des professionnels de santé adhérents.
- Les praticiens restent libres d'y adhérer ou de choisir une voie totalement libérale : le non conventionnement.
- C'est ce modèle de réseau, et lui seul, que la CNSD <sup>7</sup> souhaite reproduire avec les assureurs complémentaires.

### Situation avant la loi Le Roux

Un patient ayant besoin de soins, s'adressait à un chirurgien-dentiste de son choix qui établissait un plan de traitement adapté à ses demandes, lui permettant de le soulager rapidement si nécessaire, et de retrouver ses fonctions masticatrices et esthétiques.

Le patient cotisait à un organisme d'assurance maladie obligatoire qui lui remboursait ses soins selon un barème spécifique, la « nomenclature », maintenant la « CCAM », et pouvait s'il le désirait compléter sa couverture maladie en cotisant à une assurance complémentaire maladie.



### Le contexte

Nous nous inscrivons dans un contexte :

- de croissance des dépenses de santé, phénomène commun à la plupart des pays développés, lié
  - au progrès des techniques médicales,

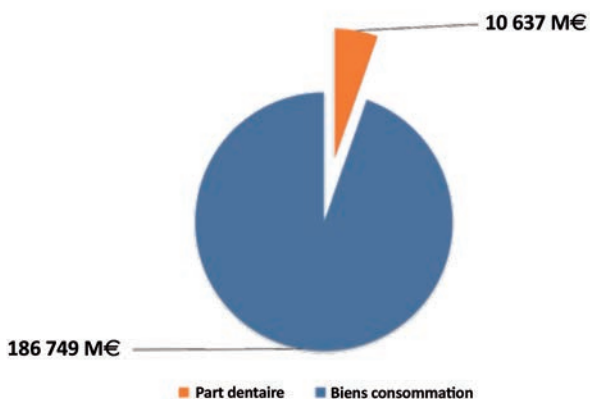
- de vieillissement de la population,
- d'élévation du niveau de vie, a conduit logiquement à des politiques de maîtrise des dépenses de santé.

## Le désengagement

Le résultat est un désengagement de l'assurance maladie.

La maîtrise des dépenses s'est faite au détriment des soins de ville et particulièrement de la médecine bucco-dentaire qui a toujours été oubliée dans l'évolution des revalorisations (**graphique 1**).

**Graphique 1 :**  
**Source : Comptes nationaux de la santé - 2013 en millions d'euros**



Selon les actes, de 25 à 18 ans de non-revalorisation.



La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) montre parfaitement l'indigence des prises en charges dentaires. Plus de 620 actes y décrivent l'activité dentaire. Seulement 540 pris en charge parfois sous condition et plus de 80 ne sont pas pris en charge, soit 12%.

Le désengagement a été mis en lumière lorsque que le gouvernement a dû en 2000 créer un dispositif (la CMU), pour permettre aux plus démunis l'accès à un panier de soins remboursable sur des actes bénéficiant de la liberté d'honoraires.

Le désengagement progressif, mais constant de l'assurance maladie obligatoire a fragilisé l'équilibre

économique des cabinets dentaires en créant une distorsion entre les montants des remboursements des actes et leurs coûts de réalisation.



Une conséquence plus discrète, mais tout aussi importante, est que l'assurance complémentaire a rattrapé puis dépassé l'assurance maladie obligatoire pour devenir depuis 2008 le premier financeur dans le domaine bucco-dentaire.

## Conséquences et stratégie

Premiers payeurs sur les actes prothétiques et orthodontiques, les assurances complémentaires ont alors eu le choix entre deux stratégies.

## Le dialogue

- La MFP<sup>8</sup>, la MGEN<sup>9</sup>, la SMAR<sup>10</sup>, la MNAM<sup>11</sup> ont opté pour la négociation avec la CNSD pour trouver des accords nationaux sur des engagements réciproques et des relations suivies dans l'intérêt du patient.
- De là sont nés les protocoles, ouverts à tous les praticiens, qui ont institué des plafonds d'honoraires négociés.

## L'épreuve de force

- Certaines complémentaires ont décidé de se transformer d'assureurs en acheteurs de prestations de soins dentaires au nom de la vertueuse défense de l'information et de la maîtrise des dépenses de santé.
- Leur credo : la mise en concurrence des chirurgiens-dentistes par un conventionnement individuel et le mirage d'un chiffre d'affaires augmenté.
- Leur force de frappe : les plateformes assurantielles.
- Le patient pour être remboursé devient le VRP de la complémentaire auprès de son praticien et l'otage d'une démarche exclusivement financière qui porte atteinte à sa relation de confiance avec son praticien traitant.
- De patient ayant besoin de soins, il est transformé en consommateur de soins.
- Ces grossistes en soins dentaires n'ont qu'une approche financière et méconnaissent l'exercice de la médecine bucco-dentaire qui est basée sur la relation de confiance essentielle entre le patient et le praticien et sur l'établissement de devis et de plans de traitement débattus et consentis.

<sup>8</sup> Mutuelles de la Fonction Publique.

<sup>9</sup> Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale.

<sup>10</sup> Mutuelle des agents du Ministère de l'Agriculture et des Organismes Rattachés.

<sup>11</sup> Mutuelle Nationale Aviation Marine.



# 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](http://www.uniprevoyance.fr)



**UNIPRÉVOYANCE**

La protection paritaire, l'engagement solidaire

- Dans la plupart de ces réseaux, aucun critère de sécurité-qualité n'est demandé ; la seule acceptation des tarifs imposés suffit.
- Certains vont même jusqu'à imposer au praticien l'achat de matériels ou matériaux spécifiques, voire le travail avec un laboratoire de prothèse dont ils sont partie prenante.
- Une fois la patientèle du praticien modifiée par une majorité d'assurés du « grossiste », plus rien n'empêche celui-ci de forcer son « fournisseur » à baisser les tarifs initiaux en le menaçant d'exclusion du réseau avec le risque de voir fuir un grand nombre de patients qu'on lui avait vendu comme captifs...

Cette stratégie a entraîné un changement du mode de gestion des actes médicaux.

## Démographie

Ces réseaux ne couvrent en fait que les régions dont la démographie dentaire est pléthorique.

**Le praticien d'une zone de faible densité professionnelle**, déjà surchargé, sera peu sensible à la promesse de nouveaux patients. Pourtant, ce praticien, en milieu spécifique, peut lui aussi être otage (50% d'agriculteurs et Groupama est en position de quasi monopole).

Les praticiens seraient davantage attirés par des prestations réalistes de l'AMC pour les actes en entente directe et/ou par la prise en charge d'actes NPC (Non pris en charge par l'AMO).

**Le patient d'une zone à faible densité démographique** peut aussi être lésé à plusieurs titres, si le praticien

recommandé par son grossiste est à distance de son domicile :

- En choisissant de conserver son praticien habituel, il perdra le bénéfice des prestations majorées pour lesquelles il cotise à la même hauteur que d'autres.
- En optant pour un praticien qu'il ne connaît pas qui lui est de fait imposé tout en faisant des kilomètres supplémentaires qui amputeront largement les avantages éventuels. Car, contrairement aux bases de remboursement des soins dentaires, le carburant augmente.

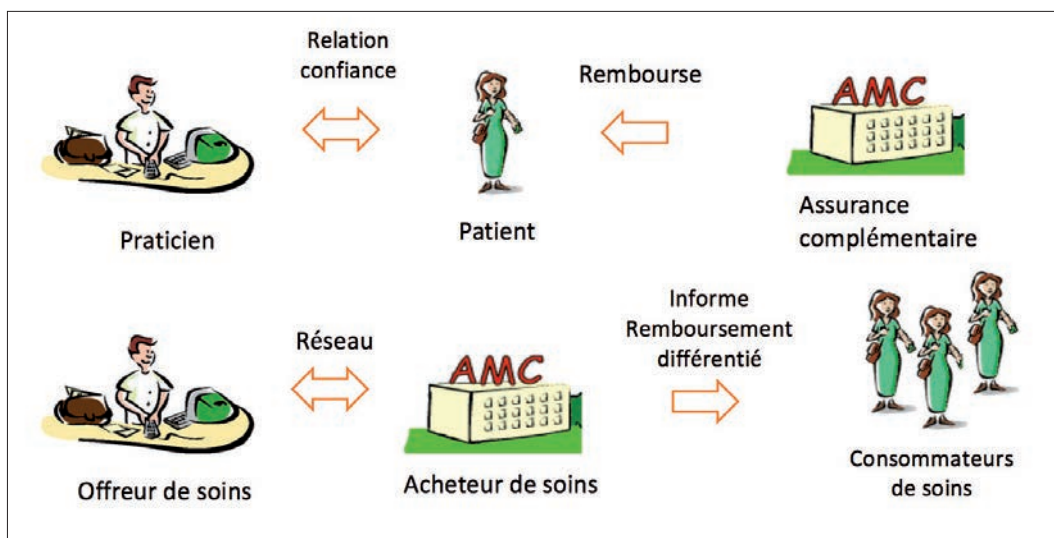
Les réseaux fermés apportent donc une distorsion contraire aux grands principes du système social français :

- Perte du libre choix du praticien.
- Restriction de l'accès aux soins.
- Fin du principe : « Cotisez suivant vos moyens, recevez suivant vos besoins ».
- La CNSD est favorable aux protocoles négociés qui couvrent l'ensemble du territoire (y compris les DOM-TOM).
- Mais continuera à se battre de tout son poids contre les plateformes et les réseaux qui utilisent la médecine bucco-dentaire comme produit d'appel pour augmenter leurs bénéfices au détriment des patients et des praticiens.

## Solution

Œuvrer ensemble à une revalorisation des soins précoces, seul moyen d'assurer la viabilité des cabinets dentaires partout en France et donc d'apporter à l'ensemble de la population une couverture équitable des soins et prothèses dentaires.

### La gestion des actes médicaux



## Rapport sur les réseaux de soins

Nicolas Bouzou

La demande de soins et de biens médicaux progresse rapidement mais les ressources de la Sécurité sociale, grevées par l'atonie des salaires et le chômage de masse, progressent lentement. En conséquence, l'Assurance maladie endure un déficit budgétaire à la fois chronique et profond. Bien que les mesures d'économies se soient multipliées depuis 2006 (baisses tarifaires, franchises, déremboursements...) **la santé financière de l'assurance publique ne se rétablit pas.** La persistance de son déséquilibre budgétaire compromet sérieusement la pérennité à long terme du modèle français de solidarité.



Dans le même temps, les dépenses de santé progressent rapidement et structurellement, tirées par un insatiable désir de bien-être, par l'essor des maladies chroniques, par le coût des innovations médicales et par le

vieillesse démographique. **Avec une hausse des frais médicaux chaque année plus soutenue que la croissance économique, la part de la richesse nationale consacrée à la santé gonfle mécaniquement.** La dépense nationale de santé est ainsi passée de 7% du PIB en 1980 à 11% aujourd'hui. En 2030, elles pourraient avoisiner 15% du PIB. A l'inverse, grevées par le chômage et l'atonie des salaires, les recettes de Sécurité sociale progressent lentement et peinent à suivre le rythme des dépenses médicales. Une revalorisation des cotisations n'est pas une stratégie viable : elle alourdirait le coût du travail et s'accompagnerait de destructions emplois, avec pour effet boomerang un manque à gagner en matière de recettes fiscales et sociales. Une hausse des impôts généraux (TVA, impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés, ...) n'est pas non plus une solution pertinente. Avec un taux de prélèvements obligatoires de 44,6% du PIB en 2015, la France est le pays où la fiscalité est la plus élevée, après le Danemark. Un tel niveau d'impôt n'est économiquement pas neutre sur la production et l'emploi d'un pays, surtout dans un environnement de concurrence commerciale et fiscale globalisée.

**Les Organismes Complémentaires d'Assurance-Maladie (OCAM) couvrent plus de 95% de la population et supportent 13,5% de la consommation de biens et de soins médicaux (CSBM).** En y ajoutant

leur contribution au Fonds CMU et leur couverture de frais annexes, ils financent une dépense de santé et de bien-être équivalente à 1,4% du PIB. Leur rôle est amené à se renforcer.

Contrairement aux biens et services médicaux les mieux couverts par l'Assurance maladie, les tarifs de ceux qu'elle ne rembourse pas, ou faiblement, sont libres. Or la régulation des prix par le marché est défaillante dans les secteurs de l'optique, du dentaire, de l'audition ou encore dans le domaine des services hospitaliers annexes. **La double défaillance de régulation, institutionnelle et concurrentielle, se traduit par des restes à charge élevés,** pouvant atteindre plusieurs centaines, voire plusieurs milliers d'euros. De tels coûts à la charge des patients induisent logiquement un phénomène marqué de renoncement aux soins pour raison financière.

**Supportant une part importante du financement des soins, les OCAM sont légitimes pour endosser un rôle déterminant de régulation des dépenses,** et tout particulièrement là où les restes à charge sont les plus élevés. D'une position de « payeurs aveugles » à faible valeur ajoutée, ils endossent progressivement une position affirmée de « payeurs régulateurs » à forte valeur ajoutée.

## La voie d'avenir des réseaux de soins

Philippe Presles

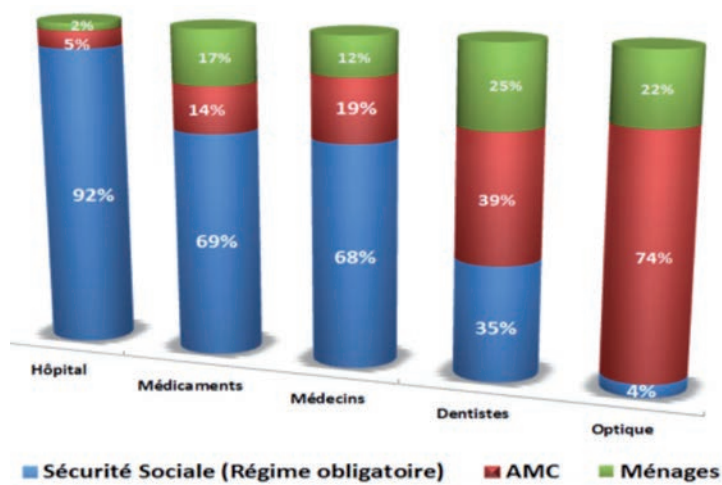
La répartition des dépenses de la sécurité sociale montre que le régime obligatoire assure 92% du financement des dépenses d'hôpital mais seulement 4% de l'optique. Dans ce dernier cas, c'est l'assurance maladie complémentaire qui assure 74% des dépenses. Elle est aussi prédominante pour les soins de dentistes. Sa part, bien que minoritaire, est loin d'être négligeable pour les dépenses de médecins (19%) et de médicaments (14%) (**graphique 1**).

La répartition des dépenses, pour chaque financeur (régime obligatoire, complémentaires, ménages) montre que l'AMO est présente sur pratiquement tous les postes. Elle n'est marginale que sur les dépenses de laboratoires d'analyses et les dépenses d'auxiliaires (**graphique 2**).

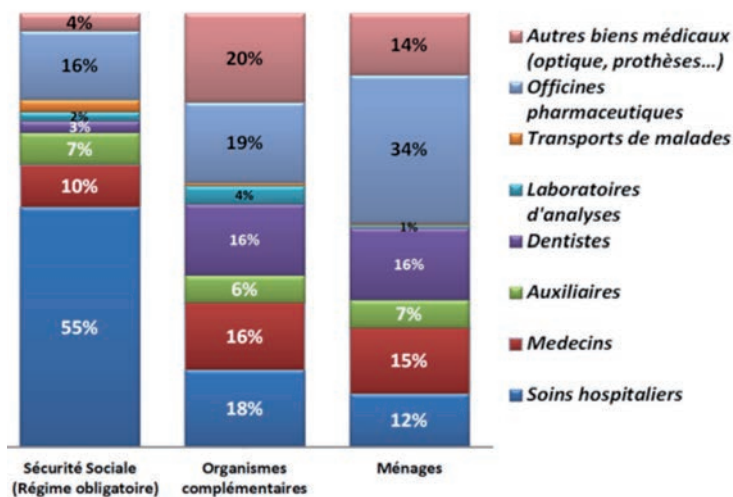
Les dépenses de l'assurance complémentaire sont le plus souvent subies et ne peuvent pas faire l'objet de négociation. Ainsi, sur les presque 30 millions de séjours, en 2012, les assureurs complémentaires n'ont de marges de



**Graphique 1 : Répartition des dépenses de sécurité sociale par poste (Source DREES) Comptes nationaux de la santé 2013**



**Graphique 2 : Répartition des dépenses pour chaque financeur - DREES Comptes nationaux de la santé 2013**



négociation que sur deux postes : la chambre particulière et le confort personnel.

Les complémentaires n'ont en revanche aucun pouvoir sur les tarifs journaliers de prestation (TJP) ou ceux de la T2A, ni sur les honoraires de médecins ou sur le forfait journalier.

Les coûts sont démultipliés en cas de complications (tableau 1).

## Forte pression économique sur le privé

- En 2016, le montant des remboursements de l'assurance maladie aux établissements publics et privés sera réduit de 1%. Pour les cliniques, une diminution supplémentaire de 0,65% due à la "neutralisation" des effets du CICE et du Pacte de responsabilité (soit 1,65% au total).
- "Les ressources affectées aux établissements de santé vont continuer de croître", avance le ministère dans un communiqué, avec une enveloppe de 1,3 Md € supplémentaire (+1,75%) soit un total des crédits à 77,7 Mds €.
- Ils seront notamment répercutés sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), + 1,7% ; et pour l'hospitalisation à domicile avec une augmentation de 0,4% des tarifs.

## Les réseaux pour augmenter le dialogue et progresser

Les réseaux de soins médicalisés sont une réalité en France, comme celui des radiologues agréés pour le dépistage du cancer du sein organisé par l'Institut national du cancer. Il existe aussi d'autres réseaux qui fonctionnent pour la prise en charge des diabétiques par exemple. Outre l'organisation, la question de fond reste celle du financement de ces réseaux. Ce sont des démarches collectives qui doivent s'inscrire soit au plan régional avec les Agences régionales de santé, soit au plan national avec une structure publique.

Les réseaux à vocation notamment tarifaire ne sont une réalité aujourd'hui

que pour certaines professions comme l'optique ou le dentaire. Cela correspondait à une demande des patients pour réduire leur reste à charge. Cette possibilité a été exclue pour le corps médical par la loi Le Roux.

Mais ce cadre juridique ne doit pas empêcher le dialogue entre les médecins et les complémentaires de santé. La recherche de solutions pour améliorer la satisfaction des patients est un objectif qui ne peut qu'être source de progrès.



**Tableau 1 : Principaux poste de dépense d'une hospitalisation en MCO<sup>1</sup>**

Dépenses	PEC Sécu	PEC OCAM	Marge de négociation par poste
TJP/ Public T2A /Privé	80%	20%	Nulle (mais possibilité de demander plus de clarté dans la facturation) Tarif fixé par l'hôpital validé par l'ARS
Honoraires médecins	80%	20%	Nulle (Loi Leroux)
Forfait journalier	-	18 €	Nulle 18 € fixé par décret (obligation de PEC via les contrats responsables)
Chambre particulière	-	Forfait	Oui Prix variable en fonction de l'hôpital
Confort personnel	-	Forfait	Oui Coût faible (TV, internet, téléphone)
Ambulatoire	80%	20%	Nulle sauf sur la chambre

<sup>1</sup> Médecine, chirurgie, obstétrique.

## Pourquoi faut-il supprimer les réseaux de soins conventionnés ! Frédéric Bizard

Le système de réseaux de soins conventionnés, importé du modèle de « managed care » américain, vise à réduire le risque pour l'assureur en lui donnant un rôle « d'acheteur de soins » en lieu et place de l'assuré. Cela se traduit par une contractualisation entre le réseau et le professionnel de santé sur trois critères : prix-volume-qualité. Pour l'assuré, la promesse est un reste à charge plus faible et pour le professionnel c'est une hausse des volumes en contrepartie d'une baisse des tarifs. On voit que pour les réseaux, le diable n'est pas dans les détails mais dans le cœur du contrat. Comme pour un produit de grande consommation vendu par un détaillant, le mécanisme des réseaux postule sur le maintien des revenus des offreurs de soins à partir de la seule multiplication des volumes.

### Une remise en cause des droits fondamentaux des assurés et des professionnels de santé

En instaurant une pénalité financière face à l'expression du patient de sa liberté de choix de son professionnel

de santé (avec le principe du remboursement différencié), les réseaux de soins remettent en cause un droit fondamental de l'assuré qui n'est pas uniquement présent comme un principe mais comme un facteur d'efficacité du système. **Quant au professionnel de santé, son indépendance professionnelle est aussi compromise à terme.** Son rôle dans un réseau est de devenir un prestataire de services aux ordres du réseau.

A ce titre, il n'y a pas de bons (réseaux ouverts) et de mauvais réseaux (réseaux fermés). Il y a simplement un poison lent et un poison rapide vis-à-vis de l'indépendance professionnelle. La logique des réseaux de garantir une clientèle captive aux professionnels de santé est plutôt une prime à la faible compétence et la piètre qualité de service. **Les réseaux affaiblissent aussi la liberté d'entreprendre des professionnels de santé,** en pénalisant celui qui souhaite développer son activité sans se soumettre au diktat des réseaux. Pour ces raisons entre autres, les réseaux sont incompatibles avec l'exercice libéral de la médecine. C'est la raison pour laquelle ils ont été légitimé (loi le Roux) par un gouvernement hostile à l'exercice libéral.

### Les réseaux sont incompatibles avec des prestations de qualité pour tous en santé

La quête de prix bas des prestations de santé est un



que la contrepartie des prix bas dans la promesse des réseaux est l'apport de plus de volumes, ce qui est exactement l'inverse d'une politique soi-disant recherchée en France de prestations uniquement pertinentes, au juste prix.

Comme leur nom l'indique, les réseaux de soins sont concentrés sur le curatif alors que la stratégie de la gestion du risque santé au XXI<sup>ème</sup> siècle est d'agir le plus tôt possible dans le cycle de vie des usagers, en amont de la maladie. Les financeurs privés en santé doivent concentrer leurs actions de gestion de risque sur l'amont du risque, en entreprise et dans la vie quotidienne des usagers. La e-santé et la meilleure connaissance des processus biologiques offrent un panel très large de services de maintien en bonne santé à mettre en place. Ces plateformes

commerciales doivent donc se concentrer sur les services aux assurés et non sur la régulation des offreurs de soins et encore moins être positionnées comme des acheteurs de soins.

**Chaque professionnel de santé doit cependant conserver en mémoire qu'il est le principal pourvoyeur ou fossoyeur des réseaux de par ses propres décisions.** Les réseaux n'existent que parce que les professionnels le permettent ! ■

**frein à l'innovation.** La baisse des marges imposée par les réseaux diminue la capacité d'investissement des offreurs de soins dans les nouvelles technologies. En retour, les industriels sont moins incités à investir en recherche et développement. Cela finit comme aux Etats-Unis par un accès à l'innovation limité aux plus aisés.

En cherchant à se substituer au professionnel de santé dans le choix des prestations, le réseau dévalorise la valeur de ce dernier mais aussi le déresponsabilise dans sa mission centrale de conseil. Les opérateurs des réseaux sont des plateformes commerciales internet et téléphoniques dénuées de toute compétence médicale. Ils n'ont ni la légitimité ni les capacités pour définir, contrôler et maintenir la qualité d'une prestation de santé. **La seule véritable variable utilisée par les réseaux pour orienter les usagers vers un professionnel plutôt qu'un autre est le tarif et non le rapport coût sur qualité de la prestation.**

Malgré cette recherche de prix bas, la logique de réseau est in fine inflationniste comme l'a bien démontré le système de santé américain, qui est le plus cher au monde. Privilégier le low cost pour la majorité de la population se traduit par une surconsommation de prestations de santé sur une logique de marchandisation du soin. **N'oublions pas**



# OptiVantage DH®

Préparez  
rapidement  
votre injecteur



## ➤ Rapidité de préparation

- Seringue pré-remplie de produit de contraste.
- Possibilité de préparer deux seringues pré-remplies de produit de contraste de façon simultanée.

## ➤ Sécurité d'injection

- Purge OBLIGATOIRE avant l'injection.
- Dispositifs médicaux à USAGE UNIQUE.

## ➤ Ergonomie

Écran sur la tête d'injection.

## ➤ Connectivité

Connexion Can Open 4 disponible sur certaines modalités.

## ➤ Fonction dilution

Possibilité d'injecter du produit de contraste et du sérum physiologique de façon simultanée.

**Guerbet** |   
Contrast for Life

Dispositif médical destiné aux professionnels de l'imagerie médicale\*

Dispositif médical non remboursable de classe IIb. Fabricant: Mallinckrodt France. Organisme Certificateur: TÜV Product Service GmbH (CE 0123).

\*Pour une information complète, consulter le manuel utilisateur. Chaque opérateur qui utilise un injecteur OptiVantage DH® doit avoir suivi une formation à son utilisation. Il est recommandé qu'un opérateur reste auprès du patient en début d'injection afin de détecter une éventuelle extravasation. Les seringues et raccords sont à usage unique.



## Les réseaux de soins. Avenir en France ? (Table ronde)

Après avoir entendu les intervenants présenter les différents aspects du problème des réseaux, Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR, donne la parole aux deux grands témoins pour présenter leur réaction et leur point de vue.

### Les réseaux de soins La table ronde

- Dr. Jean-Philippe Masson,  
*Président de la FNMR*

#### LES GRANDS TÉMOINS :

- Dr. Eric Henry,  
*Président du Syndicat des Médecins Libéraux (SML)*
- Dr. Jean-Paul Ortiz,  
*Président de la Confédération syndicale des médecins de France (CSMF)*

#### LES ANIMATEURS :

- Dr. Eric Chavigny,
- Dr. Jean-Charles Leclerc

### Eric Henry

Le président du SML se réjouit qu'un séminaire aborde une question difficile plutôt que de s'auto congratuler comme cela peut être le cas dans certains congrès.

Ce type de réflexion permet de s'engager vers le changement.



**Le contrat des médecins avec la sécurité sociale, et tout le monde y est attaché, solvabilise les patients.** Une partie des cotisations de retraite est pris en charge par la sécurité sociale. Autant d'éléments qui font des médecins Français des "conventionnistes".

La sécurité sociale n'ayant plus d'argent, les complémentaires peuvent aider à améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins

des patients tout en investissant et sans être déficitaire.

Il faut trouver d'autres partenaires solvables. Le terme "partenariat" est préférable à celui de "réseau" derrière lequel se cache souvent le mot hospitalier.

Pour créer des partenariats équilibrés, il ne faut pas les faire au niveau national, pour ne pas se retrouver dans une politique droite/gauche qui pollue le débat et sans prendre en compte la vraie vie médicale du pays. **Il faut penser acteurs de territoire et actions pour que les patients se portent bien, que la pérennité des cabinets/entreprises soit assurée et que les médecins soient respectés sur le plan tarifaire.**

Pour cela, le SML avance l'idée d'une « association libérale de proximité ».

Eric Henry invite les radiologues à s'investir dans la politique de leur territoire, sinon d'autres le feront à leur place. Demain, la politique se fera autour des cabinets, dans un bassin de vie, où les décisions se prendront.

Lorsque les radiologues se défendent contre l'Etat, ils sont catalogués de corporatistes. **Lorsque le médecin généraliste dit qu'il a besoin du radiologue pour que le territoire ne meurt pas, il est mieux entendu.**

L'unité syndicale est primordiale pour arriver à se défendre face à l'État. Dans les territoires, l'union de toutes les professions libérales, dans une association libérale de proximité, permettrait de faire barrage à un réseau mal intentionné.

**Cette entité libérale de territoire serait l'instance adéquate pour négocier et contractualiser.** Une fois que les libéraux se seront structurés, ils pourront s'adresser à l'hôpital, au médico-social, voir à d'autres investisseurs, tels que le conseil général, le conseil régional, les mutuelles pour le domaine de la prévention et du dépistage.

En excluant au départ le soin, il est possible de commencer à discuter, pour ensuite, peut-être, envisager d'organiser le soin dans un climat plus serein. Mais il faut d'abord créer la confiance entre les médecins et les mutuelles.



### Jean-Paul Ortiz

Le président de la CSMF souligne que parler réseaux, c'est entrer dans le cœur de l'organisation de la santé, en particulier de son financement.

La France a un système très particulier avec le reste à charge le plus bas des pays de l'OCDE<sup>1</sup>. C'est un des éléments de base de la République solidaire et des ordonnances de 1945. Mais ce reste à charge est mal structuré autour d'une partie qui accroît les inégalités d'accès aux soins.

<sup>1</sup> Organisation de coopération et de développement économique.



Il ne faut pas oublier que les enquêtes indiquent que les renoncements aux soins sont de l'ordre de 30%. Cela ne concerne pas les soins médicaux. C'est cette partie du reste à charge qui aboutit à un panier de soins implicite. Il serait temps d'en avoir un explicite. L'assurance maladie obligatoire devrait dire clairement qu'elle ne couvre pas l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, qui sont majoritairement pris en charge par les assureurs complémentaires.

De la même façon, le mécanisme de franchise peut être, dans certains cas, un obstacle d'accès aux soins.

Le reste à charge est un élément de responsabilisation du patient, c'est une des raisons pour lesquelles Jean-Paul Ortiz s'est fortement élevé contre le tiers payant généralisé obligatoire. Les Français ont des attitudes consuméristes par rapport à l'ensemble du secteur santé, pas uniquement par rapport aux soins. Le reste à charge doit être mieux structuré.

Le second acteur majeur du financement de la santé est l'assurance complémentaire. Les assureurs complémentaires n'ont pas, de toute évidence, la même base de solidarité issue de l'ordonnance de 45, où l'on cotise en fonction de ses moyens et l'on reçoit en fonction de ses besoins, puisque même la Mutualité a fait tomber ce totem en rentrant dans un mécanisme de type commercial. Ce payeur complémentaire est centré sur une partie de financement désordonné, qu'il faudrait ordonner.

Les réseaux sont-ils une façon d'ordonner la relation des professionnels de santé et des médecins en particulier avec la Mutualité ? Nicolas Bouzou rappelait que les médecins ont un payeur unique, la sécurité sociale, qui est un client ruiné. Dans cette optique, il préconise d'aller chercher d'autres sources de financement.

Il faudra de toute façon réfléchir sur les évolutions comme la médecine prédictive, les NBIC <sup>2</sup>, les médicaments extrêmement coûteux ; comment cela pourra-t-il être pris en charge collectivement ? **L'assurance maladie obligatoire va être amenée à se recentrer et à abandonner une partie du champ qu'elle couvre aujourd'hui.**

Le tiers payant généralisé était une façon de permettre à l'Assurance Maladie obligatoire d'abandonner une partie du champ du petit risque. À partir de là, on peut se demander quelle sera la place des assureurs complémentaires, mais aussi **quel type de relations les médecins libéraux devront instaurer avec les assureurs complémentaires, dans le contexte du reste à charge, si l'on veut rester fidèle à l'éthique et au totem de solidarité**, qui fait le cœur de cette médecine libérale universelle en France.

Frédéric Bizard souligne les dangers des réseaux. Nous avons un modèle, qui est celui de la Convention nationale faite avec l'assurance maladie obligatoire ; c'est une convention négociée.

Il va falloir réfléchir à l'avenir pour structurer la place de l'assurance complémentaire dans le système de santé français. Il est légitime, aujourd'hui, d'avoir un assureur complémentaire centré dans des champs non organisés par la collectivité. En tant que professionnels de santé, les médecins ont peut-être à intervenir dans cette structuration.

**Il n'est pas question que les assureurs complémentaires choisissent le professionnel de santé et l'imposent à leurs assurés.** C'est le système qu'ils aimeraient mettre en place pour faire pression sur les coûts. En revanche, il est possible de discuter autour de la thématique qualité à la condition que ces questions soient portées par les professionnels de santé. **Ce n'est pas au payeur d'apprécier la qualité mais à la profession.**

**L'exemple de la labellisation, dans la démarche qualité, portée par la profession, peut être une piste sur laquelle réfléchir dans le cadre d'un partenariat avec l'assureur complémentaire** de façon à ce qu'il prenne aussi sa place dans un financement des soins sur ces thématiques.

Il faut aller dans ce débat avec beaucoup de prudence pour construire ensemble un système solidaire et qui permette de cultiver cette qualité dans nos cabinets et dans nos structures.



## Christian Soletta

Les approches que nous avons avec la complémentaire, concernent d'abord les problèmes tarifaires, qui sont le cœur de la négociation, mais il y a aussi des partenariats.

Nous avons conclu un protocole avec la MFP <sup>3</sup> en 1996 et la mécanique permet la solvabilisation du patient.

Actuellement, la profession travaille sur la prévention, dans le domaine de la parodontologie, pour proposer des actes dans un parcours de soins qui ne sont actuellement pas financés par l'Assurance maladie. **La démarche qualité devient prégnante.**

On ne parle pas de qualité sur l'aspect purement financier des réseaux, tels qu'ils nous sont proposés à l'heure actuelle.

<sup>2</sup> Nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives

<sup>3</sup> Mutuelles des fonctions publiques.

Nous avons négocié pendant un an et demi avec d'autres complémentaires mais sans conclure dans la mesure où leur démarche était un apport de clientèle, ce qui ne correspond pas à ce que nous voulons. Sur les soins, ils voulaient diminuer ceux à forte valeur ajoutée, ce qui n'est pas envisageable pour les cabinets.

Nous avons négocié longtemps et travaillé sur une charte qualité, qui est un sujet qui devient important, mais si l'on nous réduit la seule partie qui fait vivre les cabinets sans revaloriser la partie déficitaire, tout cela ne sert à rien.

Rien ne peut se faire avec les complémentaires s'il n'y a pas un effort très important sur les soins conservateurs et chirurgicaux. C'est la clé de la future négociation.

**Comme il y a 270 complémentaires, même s'il y a un accord de principe, nouer des partenariats devient ingérable.**

Il y a quatre flux à rapprocher, la MO, la complémentaire ANI de base, la surcomplémentaire et le reste à charge. Nous sommes partis sur une négociation tripartite et, dans le contexte économique actuel, la chance d'aboutir est assez ténue.

**Le système conventionnel est la clé du dispositif dans lequel la complémentaire va apporter son financement à l'intérieur de ce système.** L'objectif de la profession est que les bases de remboursement soient mises à leur juste valeur, c'est-à-dire à la réalité des prix, leur valeur économique.

À partir de ce moment-là, il y aura deux financeurs, l'AMO et l'AMC, et il faudra que le ticket modérateur varie, sinon les bases de remboursement ne seront jamais à leur position réelle et nous n'obtiendrons jamais la valeur économique des actes.

Il faut trouver des solutions dans le cadre conventionnel car **c'est la déficience du système conventionnel qui est le lit des réseaux.**



## Frédéric Bizard

Dire que l'assurance maladie est ruinée est le meilleur moyen pour transmettre la gouvernance et le financement aux financeurs privés. Si l'on est dans cette situation, c'est que de mauvaises orientations ont été prises et que le nécessaire n'a pas été fait pour adapter le système de santé au nouveau monde.

**Un mauvais diagnostic a été porté en considérant qu'il fallait étatiser le système ; on a changé de stratégie en allant vers l'étatisation, qui vire maintenant à la privatisation du risque.**

Il y a une solution pour refonder le modèle à la française. On est passé d'un ratio actif/inactif de 4 pour 1 à 2 pour 1 et l'on a gardé comme principale source de financement les revenus du travail. Il est facile de comprendre qu'il faut faire un transfert, d'environ 30 milliards d'euros.

Aujourd'hui, 70% des sources de financement sont issus des revenus du travail, ce qui conduit à un déséquilibre structurel, qui peut être modifié par l'action politique.

Il y a 84 opérateurs pour le Régime Obligatoire (RO) avec 14 régimes obligatoires différents et rien n'a été fait pour diminuer leurs coûts administratifs et les optimiser. **Il est possible de passer à un système universel, avec des droits attachés à la personne**, et l'on peut fusionner sur cinq ans l'ensemble des régimes sur un seul ; cela ne lésera personne en matière de santé.

On n'a jamais dépensé autant pour la santé qui représente 12 points de PIB. **Il n'y a jamais eu autant de ressources financières, humaines et technologiques. En revanche, il y a une mauvaise allocation des ressources** et des gains sur le plan productif à faire.

Avec le système des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), on hospitalise la ville, et l'on dit qu'il n'y a plus de moyens pour les dépenses de ville. Pourtant, **la France dépense 20 milliards de moins en ville par rapport à la moyenne de l'OCDE, alors que l'avenir est en ville et à l'ambulatoire.**

Dans les réformes, il y a trois niveaux de réflexion :

- Il y a un niveau politique, avec un débat sur le modèle de santé que l'on souhaite avoir. C'est un débat sur les valeurs et les grandes organisations du système.
- Ensuite, voulons-nous un système avec une égalité de prise en charge sur l'ensemble des soins importants ?
- Enfin, souhaitons-nous un système solidaire ?

<sup>3</sup> Mutuelles des fonctions publiques.

Notre système découle de ces trois piliers.

Il faut repenser le système de financement et aller au bout de la séparation verticale des paniers de soins, pour que ce soit lisible et qu'il y ait une vraie gestion du risque au niveau du soin par l'Assurance maladie. Cela a pour conséquence **une assurance santé universelle de base, l'Assurance maladie, une assurance supplémentaire universelle, la complémentaire, avec un panier de soins régulé, et une assurance complémentaire libre pour ceux qui le souhaitent.** Si l'on veut réduire la place de l'hôpital, il faut créer des centres ambulatoires universitaires.

Si l'on veut repeupler les territoires, il faudrait que les internes en médecine générale soient formés plutôt en dehors des hôpitaux.

Si vous êtes persuadé que l'assurance maladie est ruinée, vous arrivez à la table des négociations sans avoir de choix alors que des solutions existent.



## Jacques Niney

Vaut-il mieux une discussion, au niveau d'un territoire avec une cinquantaine de médecins vis-à-vis d'une grosse machine, comme une complémentaire de type AXA, ou que ce soit la représentativité nationale qui en discute ?

Sur le cas général, il faut déjà nettoyer l'organisation actuelle avant d'essayer de reconstruire quelque chose, sur des bases qui ne sont pas saines. Cela demande que l'on prenne en considération le système de financement de la Sécurité sociale, qui est un sujet tabou. Les chirurgiens-dentistes ont une problématique forte car la valeur de leurs actes de soins ne permet pas la viabilité de leurs cabinets. Ils sont donc contraints à des actes « hors nomenclature ».

**Pour la radiologie, à une ou deux exceptions près, tous les actes dépendent de la nomenclature qui n'est pas négociable.** Les médecins n'ont pas le droit de faire du dumping par rapport à des actes conventionnels. Quelle est la marge de manœuvre des radiologues pour discuter, dans un réseau de soins, avec un organisme complémentaire ? Le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un essai de modulation des dépassements avec les complémentaires qui s'engageaient à les prendre en charge. Elles n'ont pas respecté leur engagement sous prétexte que l'État leur a imposé une taxe. Les médecins n'en sont pas responsables. **Il faut rétablir la confiance entre les complémentaires et les médecins qui ont été échaudés.**

Quelle est la marge de manœuvre des médecins radiologues sur des actes de la nomenclature, en dehors des dépassements qui ne représentent rien pour cette spécialité puisqu'il y a un maximum de 15% de médecins en secteur 2 ? Il ne semble pas qu'il y ait de marge pour discuter des réseaux avec les complémentaires. Les radiologues ont un espace réduit, par les actes qui sont à 98% régulés par le système conventionnel, qui ne permet pas de voir les réseaux de soins qu'ils pourraient constituer.

## Eric Henry

La loi de santé oblige les médecins à s'interroger sur leur place dans le système de soins. **Les médecins n'ont-ils pas abandonné une partie du terrain ?** Combien sont élus dans leur commune, à l'Assemblée nationale ou au Sénat ? C'est un abandon du champ politique du territoire de santé.

Cependant, un nouveau champ s'ouvre avec la création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) où les radiologues sont très présents.

Mais **il faut aussi que les médecins radiologues sortent de leur cabinet pour aller rencontrer** les généralistes, les pharmaciens, les kinés et les infirmiers de leur territoire, pour créer un troisième niveau d'intervention autour d'eux. À partir de là, il sera possible de contractualiser avec des mutuelles qui auront besoin des médecins pour déployer leur offre et être visibles. Actuellement, elles achètent de la publicité mais tout cet argent pourrait être investi dans les territoires de santé.

Les complémentaires ont un programme pour tenter de faire arrêter les personnes de fumer en récompensant celles qui arrêtent et qui ferait un scanner annuel pour prendre en photo ses poumons. Dans ce cas, la personne serait assurée, si



Séminaire du 19 mars 2016

un cancer lui était détecté, qu'elle serait sauvée parce qu'elle a arrêté de fumer. C'est une campagne antitabac que l'on peut mettre en place, avec des examens à faire dans vos cabinets, dont il faudra déterminer la rémunération, soit au tarif de la sécurité sociale, soit avec un supplément de la mutuelle du fait que cela est inclus dans une campagne de prévention du cancer du poumon.

Ce sont des programmes de prévention et de dépistage dans lesquels nous pourrions travailler ensemble avec les mutuelles.

**C'est un autre champ que le soin, avec lequel nous pourrions créer une médecine moderne d'avenir, grâce à la prévention**

**et au dépistage**, avec des majorations par les mutuelles sur les actes correspondants.

On peut dissocier deux parties dans la médecine future, le soin avec la sécurité sociale qui verrouille, et la prévention avec les mutuelles.

Dans quels domaines les mutuelles sont prêtes à investir pour être enfin des organismes à qui les patients règlent des cotisations ?

## Jean-Paul Ortiz

Quel type de relation avoir avec les mutuelles ou les assureurs complémentaires ? Sur quel champ ? Jean-Paul Ortiz ne souscrit pas à l'approche par territoire qui risque de laisser les assureurs complémentaires broyer les professionnels par petits morceaux. « C'est le début de la fin ».

On connaît le mode de relation avec un payeur unique, l'Assurance maladie. **Il faut avoir une relation avec les assureurs complémentaires négociée nationalement, de façon équilibrée.** Cela ne va pas être simple puisqu'il y a trois familles, dans lesquelles chaque membre est indépendant et en désaccord avec les autres. Il va falloir **négocier un cadre national qui puisse éventuellement être adopté par tel ou tel acteur dans les territoires.**

C'est ce type de relation qu'il faut imaginer avec les assureurs complémentaires, c'est-à-dire une déclinaison à l'identique d'un contrat national négocié sur les bases habituelles, qui sont celles de l'assurance maladie obligatoire ; il s'agit d'un contrat national et volontaire.

Deuxièmement, concernant le champ, les médecins sont très contraints puisque presque tous les actes sont tarifés. Mais **il est possible d'investir le champ de la qualité, de la prévention, de l'innovation organisationnelle** avec l'entrée du numérique : c'est sur ces thèmes qu'il va falloir réfléchir avec un autre payeur que l'assurance maladie obligatoire.

Aujourd'hui, si l'on veut se poser la question du financement et des causes de son déficit structurel, mais aussi de la répartition des champs de financement, c'est-à-dire de l'allocation de ressources, on ne peut que conclure que c'est un problème politique.

**Gouvernements de droite ou de gauche, depuis des années, ils privilégient, en matière d'allocation de ressources, la partie en soins la moins efficiente, c'est-à-dire l'hôpital public.** Tant que la part de l'hôpital public sera autant hypertrophiée et que l'on ne posera pas les questions de l'efficacité en matière de production de soins et d'allocation de ressources collectives, nous n'en sortirons pas.

## Conclusion



Dr Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR

Jean-Philippe Masson rappelle que **la profession a commencé sa restructuration à travers les regroupements de cabinets, dans les années 90**, sous la présidence de la FNMR par Alain Taïeb. Il faut poursuivre ce mouvement. Mais le modèle de regroupement de la biologie n'est pas adapté à la radiologie. Les médecins radiologues sont au contact de leurs patients. **Le maintien du maillage territorial est primordial.** Les regroupements doivent atteindre une dimension, notamment financière, permettant d'assurer le maillage territorial et la radiologie de proximité.

Les regroupements faciliteront les relations avec les complémentaires mais aussi avec les caisses en donnant plus de poids aux radiologues. ■



# FNMR dating

**Vous souhaitez trouver** votre  
nouvel associé ou un remplaçant ?

**Vous cherchez** une installation  
en libéral ou un remplacement ?

**Le Speed-dating**  
de l'installation est pour vous !

**Venez rencontrer**  
**et échanger** entre radiologues

**Vendredi 14 octobre à 14h30**  
Hôtel Méridien - Porte Maillot - Paris



**PHILIPS**

## INSCRIPTION

Directement sur Internet : <http://sondage.fnmr.org/fnmr-dating.php>

Frais d'inscription :           adhérents FNMR, internes et chefs de clinique : **gratuit**  
non adhérents (non internes – non cca) **50 euros**

FNMR - Opération FNMR dating - 168 A, rue de Grenelle - 75007 PARIS  
[fnmr-dating@fnmr.org](mailto:fnmr-dating@fnmr.org)

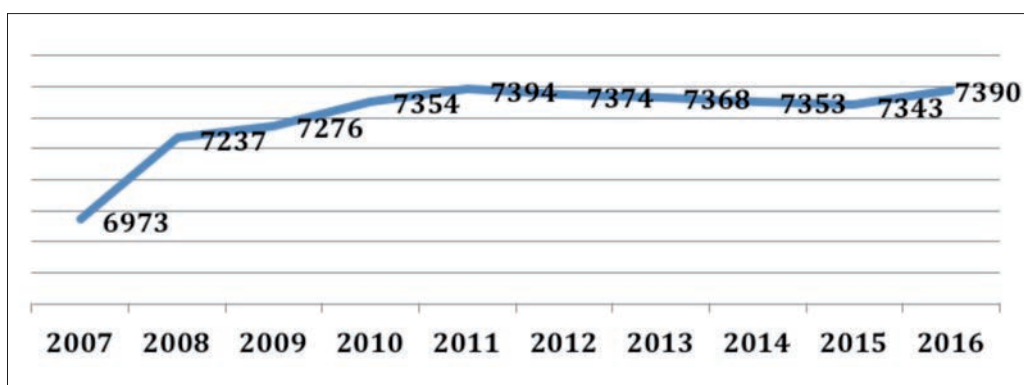


## 2016 : démographie des radiologues en hausse

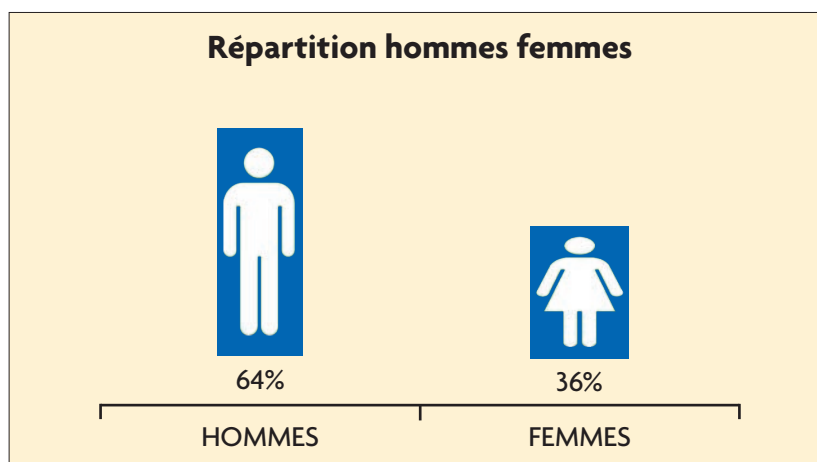
L'atlas national de la démographie 2016 publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins <sup>1</sup> montre que les effectifs de médecins radiologues sont en légère augmentation pour l'année 2016 <sup>2</sup>.

Les années 2013 à 2015 avaient marqué un recul de la démographie des radiologues que 2016 efface en remontant leur nombre à ce qu'il était en 2012.

**Nombre de médecins radiologues - CNOM - Au 1<sup>er</sup> janvier**



Les femmes représentent aujourd'hui un peu plus du tiers de la profession.



Les évolutions d'effectifs sont très différentes selon le statut du médecin.

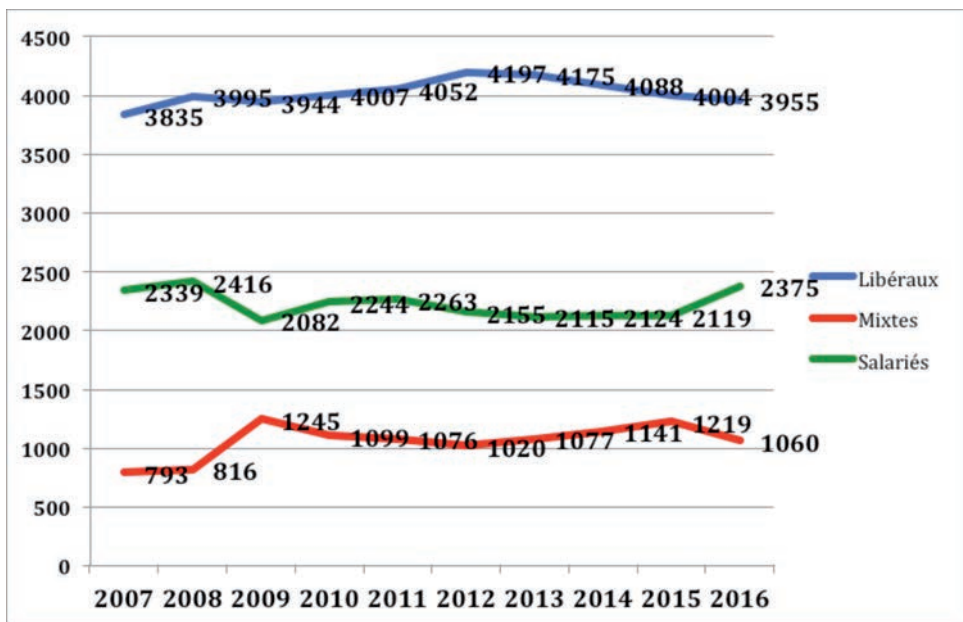
Les médecins radiologues exerçant en libéral voient leur nombre diminuer depuis 2012. Cette tendance se poursuit en 2016.

Le nombre de médecins exerçant comme salarié est relativement stable entre 2012 et 2015 et remonte très nettement en 2016.

<sup>1</sup> Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - CNOM

<sup>2</sup> Les données du CNOM sont au 1<sup>er</sup> janvier de l'année 2016.

Enfin, le nombre de médecins combinant activités salarié et libérale a progressé de 2012 à 2015 pour enregistrer une forte baisse en 2016.

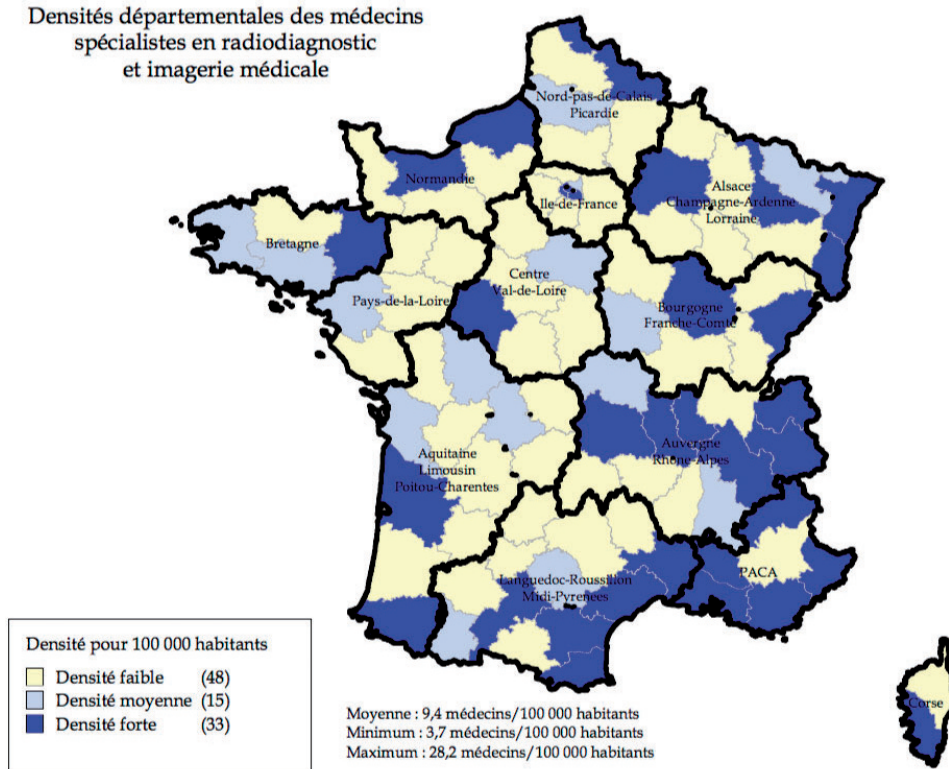


La pyramide des âges montre un écart important entre l'âge moyen des hommes (53 ans) et celui des femmes (48 ans). C'est évidemment parmi les groupes de plus de 50 ans que les écarts d'effectifs sont les plus importants, les plus jeunes générations devenant quasiment paritaires.

La densité moyenne est de 10,9 radiologues pour 100 000 habitants.

Dans les régions métropolitaines, la densité s'échelonne de 7,3 en Pays de Loire à 13,7 en Ile de France. Les écarts sont bien plus importants entre les départements. La Lozère compte 3,7 radiologues pour 100 000 habitants, la Creuse 4 et la Meuse 4,5 alors que la Gironde en a 15,3, le Rhône 16,1, sans parler de Paris avec 28,2. ■

Densités départementales des médecins spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale



Source : CNOM, INSEE  
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2016



Depuis plusieurs années, les baisses tarifaires sur l'imagerie médicale affectent l'ensemble des cabinets de radiologie. Dans certains cas, leur impact est tel qu'il les force au regroupement, voire à la fermeture pure et simple.

Depuis 2009, plusieurs dizaines de cabinets ont déjà fermés.

Une autre conséquence de ces baisses récurrentes est la difficulté de revendre un cabinet dans certains territoires. Les radiologues qui cherchent à s'installer sont dissuadés par les risques financiers d'une reprise devant de nouvelles baisses possibles.

Nous publions aujourd'hui deux courriers, et un article de la presse locale, adressés par des médecins

radiologues au Président de la FNMR pour l'alerter des menaces qui pèsent sur ces cabinets de proximité. Le ministère de la santé et la CNAM ne doivent pas oublier que les cabinets de radiologie de proximité accompagnent dans la prise en charge ambulatoire les patients avec l'imagerie de première intention. Ces cabinets assurent aussi, dans la plupart des cas, le dépistage du cancer qui est aussi menacé par leur disparition.

Nos correspondants radiologues décrivent l'apparition de ce qui n'est rien d'autre que des déserts médicaux radiologiques qui mettent en péril le maintien d'une médecine ambulatoire de proximité. ■

## Vaucluse : fermeture de 6 centres d'imagerie



→ *Courrier du Dr M Bonnauron au président de la FNMR*

Monsieur le Président et cher ami,

Je souhaite vous alerter ainsi que le bureau de la FNMR et vous faire part de mon inquiétude sur la situation des centres de radiologie du Vaucluse.

Au 31 décembre 2016, 6 centres d'imagerie médicale auront fermé leurs portes dans ce département. Ces six centres d'imagerie participaient depuis sa création au dépistage organisé du cancer du sein dans une région où l'hôpital public s'est complètement désintéressé ou désengagé de ce dépistage.

Cette vague de fermeture a débuté il y a maintenant 5 ans.

Plusieurs raisons à ces fermetures :

- l'absence de successeur ou plutôt l'impossibilité de trouver un repreneur pour des cabinets isolés avec un seul radiologue avec parfois une activité importante et quasi exclusive en sénologie.
- l'augmentation des charges de fonctionnement associée aux mesures de baisse tarifaire - qui bien que négociées accentuent l'effet de levier sur les revenus des radiologues - mettant ainsi ces structures en danger.

La demande de la population et de nos confrères prescripteurs est bien là. J'en veux pour preuve l'allongement des délais de rendez-vous en particulier en échographie, sénologie (entre 3 semaines et 2 mois).

La fermeture de ces structures de soins de proximité s'est faite au détriment de la population (et de sa santé) qui soit se déplace vers des centres de radiologie plus éloignés - parfois en VSL ou en ambulance pour les plus âgés - soit renonce à ces examens d'imagerie en particulier les explorations à titre préventif comme le dépistage mammographique.

Je pense que dans les trois prochaines années ces fermetures pourraient concerner trois ou quatre autres centres de radiologie.

Que faire, quelles mesures pouvons-nous mettre en place pour arrêter cette hécatombe ?

Bien amicalement et confraternellement,

Dr Michel BONNAURON  
84 SORGUES



## Cabinet de radiologie de Saint-Martin-de-Ré

Article paru le 23 juin dans le journal Ré la Hune.

Une prestation médicale qui sécurise la population.

Son implantation doit beaucoup au hasard et au coup de foudre d'un grand navigateur, amoureux de la mer et de l'île de Ré. C'est ce qui conduisit le Docteur DELVAUX à créer son cabinet de radiologie à Saint-Martin en 1982, repris par le Docteur François BRUNETTI, entouré d'un personnel fidèle depuis 30 années.

résidence ou de villégiature de certains résidents souffrants. Avec le vieillissement de la population insulaire, l'isolement familial, les difficultés de déplacements en haute saison, Rétais et touristes apprécient de pouvoir faire sur place les examens que nécessite leur état de santé. La tendance facile de « Tout à La Rochelle » n'est pas accessible à tous !



**UNE PRESTATION MÉDICALE QUI SÉCURISE LA POPULATION**

Le cabinet de radiologie, clair et accueillant

**Son implantation doit beaucoup au hasard et au coup de foudre d'un grand navigateur, amoureux de la mer et de l'île de Ré. C'est ce qui conduisit le docteur Delvaux à créer son cabinet de radiologie à Saint-Martin en 1982, repris par le Docteur François Brunetti, entouré d'un personnel fidèle depuis 30 années.**

Le cabinet apporte un service de proximité et de qualité à de nombreux Rétais et estivants. Les rumeurs récurrentes sur le départ à la retraite du docteur Brunetti et l'avenir du cabinet de radiologie circulent et inquiètent la population attachée à ce service médical.

*Ré à la Hune*

Le cabinet apporte un service de proximité et de qualité à de nombreux Rétais et estivants. Les rumeurs récurrentes sur le départ à la retraite du Docteur BRUNETTI et l'avenir du cabinet de radiologie circulent et inquiètent la population attachée à ce service médical.

### Un intérêt social et médical incontestable

Offrant la possibilité d'un examen rapide, à proximité, avec un plateau technique actualisé et performant, le cabinet de radiologie est inscrit dans le paysage du suivi médical des Rétais. Son existence n'est pas neutre dans le choix du lieu de

Quand on considère cependant le faible nombre de radiologues qui sortent de formation en France, les cabinets qui ferment dans les petites villes rurales, faute de pouvoir équilibrer les coûts de fonctionnement ou de ne pas pouvoir actualiser le matériel, on se dit qu'il existe bien une exception rétaise ! Car aujourd'hui les exigences technologiques et financières imposent le regroupement de praticiens dans de grands centres spécialisés.

### Pour combien de temps encore aurons-nous notre cabinet Rétais ?

En 2012-2013 le Conseil de développement, aujourd'hui réformé par la loi, s'est préoccupé de l'avenir du cabinet. L'étude complète produite par Bernard Bordier, les enquêtes de satisfaction majoritaire auprès des médecins et de la population, ont fait l'objet d'un rapport remis aux élus, démontrant l'impact, les services rendus par le cabinet de radiologie, et préconisant des pistes pour la continuité du service, dont un rapprochement avec le service public hospitalier. Les projections financières établies restèrent sans suite, nécessitant un engagement fort des élus communautaires et le soutien financier des collectivités pour limiter le risque d'exploitation du groupe hospitalier, alors dans une situation d'endettement.



Le Docteur Brunetti souhaite avant tout la pérennité du cabinet de radiologie de l'île de Ré.

**« En attendant un successeur, mon départ à la retraite n'est pas d'actualité ! »**

Seul un rachat privé du cabinet peut donc être envisagé, et le docteur Brunetti, qui n'en fait pas une exigence financière, souhaite avant tout la pérennité du cabinet. Il multiplie les contacts auprès de ses confrères afin que les Rétais bénéficient à l'année et quel que soit le flux de population, d'une médecine d'utilité publique. « L'exercice réglementé, sous contrôle de l'Etat et de la profession, est à l'origine d'une pénurie croissante de spécialistes dans notre pays », explique-t-il. « En attendant de trouver un successeur, mon départ à la retraite n'est pas d'actualité et toute l'équipe médicale qui m'entoure travaille sereinement. Pour ce qui me concerne, médecin d'expérience, je suis heureux d'exercer la radiologie dans l'île de Ré avec la proximité et la confiance de mes patients. Je suis toujours passionné de médecine et je continuerai à exercer mon métier et à représenter ma profession au niveau national ». Patients rétais et visiteurs peuvent être tranquilles, la volonté du docteur Brunetti et le charme de l'île de Ré finiront bien par séduire un spécialiste libéral qui prendra la relève.

Michel Lardeux

Ré à la Hune

une exigence financière, souhaite avant tout la pérennité du cabinet.

Il multiplie les contacts auprès de ses confrères afin que les Rétais bénéficient à l'année et quel que soit le flux de population, d'une médecine d'utilité publique. « L'exercice réglementé, sous contrôle de l'Etat et de la profession, est à l'origine d'une pénurie croissante de spécialistes dans notre pays », explique-t-il. « En attendant de trouver un successeur, mon départ à la retraite n'est pas d'actualité et toute l'équipe médicale qui m'entoure travaille sereinement.

Pour ce qui me concerne, médecin d'expérience, je suis heureux d'exercer la radiologie dans l'île de Ré avec la proximité et la confiance de mes patients. Je suis toujours passionné de médecine et je continuerai à exercer mon métier et à représenter ma profession au niveau national ». Patients rétais et visiteurs peuvent être tranquilles, la volonté du Docteur BRUNETTI et le charme de l'île de Ré finiront bien par séduire un spécialiste libéral qui prendra la relève. ■

**« En attendant un successeur, mon départ à la retraite n'est pas d'actualité ! »**

Seul un rachat privé du cabinet peut donc être envisagé, et le Docteur BRUNETTI, qui n'en fait pas

## Information



Les bureaux de la **FNMR**  
et de **FORCOMED** seront  
fermés du lundi 1<sup>er</sup> août, au  
mercredi 25 août 2016 inclus.  
**BONNES VACANCES À TOUS.**



## DEUX-SEVRES

Le syndicat des radiologues des Deux-Sèvres a procédé au renouvellement de son Bureau le 08 juin 2016 :

Président :	<b>Dr Jean-Yves AIRAUD</b> (NIORT)
Vice-Président :	<b>Dr Jean-Claude BLANCHARD</b> (PARTHENAY)
Secrétaire :	<b>Dr Clément WATTEL</b> (NIORT)
Trésorier :	<b>Dr Matthieu GUYOT</b> (NIORT)



## MAYENNE

Le syndicat des radiologues de la Mayenne a procédé à la désignation de son Président en juin 2016 :

Président :	<b>Dr Jean-Luc DIVEU</b> (CHATEAU-GONTIER)
-------------	--

## Médaille FNMR

# Le Dr Jean-Marie Giraldi honoré par la FNMR



Le Dr Jean-Marie Giraldi, radiologue installé à Marseille, a été honoré par la FNMR pour les nombreuses années qu'il a consacré à la radiologie libérale et au syndicat des médecins radiologues libéraux.

C'est à Marseille, lors du séminaire fédéral du mois de mars, que Jean-Philippe Masson, Président de la FNMR, et Jacques Niney, Président d'Honneur de la

Fédération, lui ont remis la médaille de la FNMR. Les présidents ont rappelé le parcours du Dr Giraldi. Il a d'abord exercé au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) avant de s'installer, à Marseille, en 1976.

Investi dans le syndicat des médecins radiologues des Bouches-du-Rhône, il en a été le Secrétaire avant d'en devenir le Président.

Aujourd'hui, à la "retraite", il est Vice-Président de la région PACA.

Nous lui adressons toutes nos félicitations. ■



# Le webinar : un nouvel outil de formation

Afin de répondre à la demande des radiologues de formations plus ciblées, courtes, sans déplacement, Forcomed a mis en place des formations « webinar ».

Ces formations se développent de plus en plus dans des domaines multiples car elles permettent d'associer la souplesse de la formation en e-learning à une interactivité avec l'orateur par la possibilité de poser des questions avant, pendant et après par messagerie dédiée.

Il s'agit d'une formation en 3 étapes entièrement réalisée en e-learning :

- La première analyse les pratiques et les connaissances du sujet.
- La seconde comporte une formation en ligne d'environ 1h suivie de réponses aux questions écrites pendant 15 minutes.
- La troisième réévalue les pratiques et les connaissances.

La formation est d'accès illimité pour les participants sur le site FORCOMED jusqu'en fin de session.

Les deux premiers sujets se sont intéressés à la mesure de la clarté nucale et de la longueur crano caudale chez le fœtus au premier trimestre de la grossesse.

Cette formation était validante dans le cadre des recommandations HAS de mai 2016.



La prochaine, dont la seconde partie en ligne aura lieu le 12 juillet entre 20h et 21h15 s'intéressera à la place de la tomosynthèse dans le dépistage du cancer du sein.

Il s'agira d'une mise au point sur les avantages et inconvénients de la tomosynthèse au vu des différentes publications récentes et sa place par rapport aux autres techniques dans le cadre du dépistage.

Une formation axée sur la séméiologie particulière en tomosynthèse et son apport spécifique devant un nodule, des microcalcifications, une distorsion de l'architecture mammaire etc. sera proposée ultérieurement avec analyse de dossiers.



D'autres formations sont prévues à la rentrée, notamment sur la désinfection des sondes endocavitaires, les risques et précautions à prendre avec les produits de contraste. ■

➔ Merci de nous solliciter par mail pour des sujets qui vous intéressent : [info@forcomed.org](mailto:info@forcomed.org)





# Management et gestion d'une entreprise radiologique : les compétences indispensables

Le domaine de la santé et de l'imagerie médicale est en pleine mutation sur le plan technologique, organisationnel et économique. L'entreprise de santé d'imagerie médicale requiert de plus en plus de compétences en management et gestion.

Afin d'apporter les connaissances de base aux médecins radiologues, et à leur personnel, impliqués dans la gestion de leur groupe ou de leur cabinet mais aussi les internes et chefs de clinique en formation, FORCO FMC propose un programme de formations sur ce sujet.

L'objectif de ces formations est aussi d'offrir aux médecins radiologues une ouverture sur les modes de gestion appliqués par les entreprises de santé hors radiologie.

Elles seront organisées en plusieurs modules d'une journée. Chaque module peut être suivi séparément.

- **14 septembre 2016 - Biarritz :**

Gestion : Politique d'investissement et de financement.

- **15 septembre 2016 - Biarritz :**

Stratégie patrimoniale du médecin radiologue.

- **16 septembre 2016 - Biarritz :**

Stratégie patrimoniale - Immobilier professionnel.

- **30 septembre 2016 - Lyon :**

Regroupement de cabinets.

- **1<sup>er</sup> octobre 2016 - Lyon :**

Création d'un pôle d'imagerie mutualisé.

- **7 octobre 2016 - Lyon :**

Formation/sensibilisation à la posture managériale : mieux se comprendre, mieux comprendre les autres pour mieux manager.

- **4 novembre 2016 - Paris :**

Gestion sociale des ressources humaines - module 1 : les bases.

- **5 novembre 2016 - Paris :**

Gestion sociale des ressources humaines - module 2 : optimisation et prévoyance.

- **18 novembre 2016 - Paris :**

Autorisation de matériel lourd - mode d'emploi.

- **25 novembre 2016 - Paris :**

Formation/sensibilisation à la posture managériale : mieux se comprendre, mieux comprendre les autres pour mieux manager.



**Les pré-inscriptions sont ouvertes et le nombre de participants par session est limité, rendez-vous vite sur [www.forcomed.org](http://www.forcomed.org) rubrique « FMC Radiologues »**



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**10639 33** **Cherche successeur** – Bordeaux et Pessac – Cause départ retraite – SCM de 3 radiol., 2 cab rech. success. – Rx, écho, cône beam, accès scan et IRM – Envoyer CV par mail  
 > **Contact au 05.57.26.27.01**  
[cb.pessac@wanadoo.fr](mailto:cb.pessac@wanadoo.fr)

**10648 30** **Cherche successeur** – Bagnols/Cèze (Gard) 30 mn d'Avignon, 45 mn de Nîmes, 1h de Montpellier – Cause retraite – SELARL 6 assoc. rech. success. - Tps plein 3 j/sem – 2 sites + scan, IRM, activités polyvalentes, mammo. tomosynth.  
 > **Dr TARRIT : 06.98.15.92.76**  
[dominiquetarrit@hotmail.fr](mailto:dominiquetarrit@hotmail.fr)

**10690 33** **Cession de parts** – Saint Médard en Jalles – Cause retraite – Cède parts SCM, grpe 2 radiol. – 2 salles rx (pano, poumons, télé, rachis en totalité), 1 salle télécommandée. 2 échogr., mammo, ostéodensito. Consoles interprétation  
 > **Dr COLNET : 06.78.33.17.70**  
[herve.colnet@wanadoo.fr](mailto:herve.colnet@wanadoo.fr)

**10698 45** **Cherche remplaçant / associé** – Orléans, Tours – Grpe polyvalent de 6 radiol. rech. des remplaçants et/ou associés pour exercice de cab. et d'imagerie lourde de ville – Rx conv., mammo, écho, doppler, IRM et scan – Inscriptio C.O et attestation RCP  
 > **Contact au 02.38.55.29.90**  
[selarl.ila@wanadoo.fr](mailto:selarl.ila@wanadoo.fr)  
[www.radiologie-orleans.fr](http://www.radiologie-orleans.fr)

**10699 28** **Cherche remplaçant** – Dreux (1h de Paris) – Rech. remplaçant(e) régulier(e) qualifié(e), inscrit(e) au CO avec formation FORCOMED Numérique pour cab. de ville – Rx standard, écho, mammo. Eventuellement biopsie du sein et cytoponction thyroïde sous écho  
 > **conan.jamila@wanadoo.fr**

**10700 31** **Cherche remplaçant** – Toulouse, Blagnac – SCM 10 radiol. rech. remplaçant(e) régulier(e) association possible – 2 cab., activité sans gardes – Rx, écho, séno avec tomosynth., cône beam, vacances CT et IRM  
 > **Contact au 06.61.12.15.23**  
[gilberthermes@gmail.com](mailto:gilberthermes@gmail.com)

**10701 66** **Cherche associé** – Urgent – Perpignan – Grpe de 17 radiol.

rech. associé(s) – Activités diversifiées : 4 cab. de ville, 3 clin. 2 IRM, 4 scan, 3 salles interv., mammothome  
 > **Dr TRIBY : 06.78.80.35.11**  
[siegecompta@coradix.fr](mailto:siegecompta@coradix.fr)

**10702** **Cherche remplaçant / associé** – Reims – Grpe libéral 25 radiol. rech. remplaçants et/ou associé(s) – Activité polyvalente, diagnostique et interv. au sein de 3 clin. et cab. de ville – Plateau tech. complet et récent, scan, IRM, échogr., mammogr., tomosynth., salle vascu., cône beam, ostéodensito. – Grpe avec projets en cours (future clin. pied TGV...) – Vacation à la demi-journée  
 > **Dr GOOSSENS : 06.79.44.67.25**  
[www.radiologie-saint-remi-reims.fr](http://www.radiologie-saint-remi-reims.fr)

**10703 69** **Cherche associé** – Ouest Lyonnais (15min de Lyon) – Centre rx rech. 5ème associé(e), exercice en SELARL – Rx gle, écho, mammo numérisée et interv. (mammothome), cône beam. Importante activité en séno. Parts d'IRM  
 > **Contact au 04.78.44.71.82** – [radiologielyonouest@gmail.com](mailto:radiologielyonouest@gmail.com)

**10704 56** **Cherche associé** – AURAY – Rech. associé – Radio capteur plan, mammo capteur plan, écho doppler, obst., scan, IRM  
 > **Contact au 02.97.24.18.23**

**10705 59** **Cherche associé** – Coudekerque-Branche – SELARL 3 associés rech. radiol. en vue de restructuration, étudie toutes propositions d'association ou de reprise – Rx conv., mammo, écho, doppler, 2 scan et 2 IRM privés – 6 vacations scan et IRM /sem.  
 > **M. LEBON : 06.82.20.69.86**  
[lebon.bern@orange.fr](mailto:lebon.bern@orange.fr)

**10706 97** **Cherche remplaçant** – Ile de la Réunion côte ouest – SELARL radiologie rech. collaborateur ou remplaçant longue durée compétent écho, mammo, IRM – Possibilité d'association  
 > **Dr AKOUN : 06.92.67.12.05**  
[jean.akoun@gmail.com](mailto:jean.akoun@gmail.com)

**10708 91** **Cession de cabinet** – Dourdan (300 m RER) – Cause départ en retraite deux associés – Possibilité d'association éventuellement – Vacances IRM et scan  
 > **Dr CASTAING et LAUNAY : 01.64.59.48.48** – [drs.castaing-launay@wanadoo.fr](mailto:drs.castaing-launay@wanadoo.fr)

**10709 59** **Recrutement** – URGENT 10 km de Dunkerque – Polyclinique Grande Synthe (ESPIC) recrute

radiol. tps complet ou partiel, nécessité de couvrir la période estivale, possibilité de logement et restauration, rémunération à négocier – Rx conv., mammo numérisée agréée ADCN, écho, scan, IRM – Tout profil accepté –  
 > **Mme GOZE : 03.28.58.60.15** – [direction@pg-s.com](mailto:direction@pg-s.com) ou **Dr JEU : 03.28.58.61.04** – [jean-francois.jeu@pg-s.com](mailto:jean-francois.jeu@pg-s.com)

## DIVERS

**10707 83** **Loue local professionnel** – Littoral Varois – local professionnel 120 m<sup>2</sup> centre-ville (14 000 hab.), proximité des facultés, récemment occupé par un cabinet de radiologie (départ retraite sans succès) – Vide de tout matériel radiologique. Restent en place : protection plombée, installation électrique spécifique – Prévu pour : grande salle télécommandée, salle d'osseux, pano dentaire et télérachis, salle mammo et écho – Plein pied accès direct sur rue, accès handicapés, parking ext. compris.  
 > **M. VOSGIEN : 06.13.25.08.57 / 06.13.25.08.57.**

> Vous pouvez consulter les annonces sur le site internet de la FNMR : <http://www.fnmr.org/>

> Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.

**Le Médecin Radiologue de France**

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

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces  
 EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €  
 Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15  
[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org) • E-mail : [info@fnmr.org](mailto: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 3<sup>ème</sup> trimestre 2016  
 ISSN 1631-1914



# AU CMPS, MON CONSEILLER MET À MA DISPOSITION DES SERVICES ADAPTES À MES BESOINS.

UNE BANQUE QUI ME DONNE UNE REPONSE RAPIDE  
ET PERTINENTE, ÇA CHANGE TOUT.

**Crédit  Mutuel**  
Professions de Santé

[www.cmps.creditmutuel.fr](http://www.cmps.creditmutuel.fr)

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



**BRACCO.** Votre spécialiste en imagerie de contraste.



PX 0416 - 02/16 • conception [bretcom.com](http://bretcom.com)

# CT Exprès™ 3D

INJECTEUR AUTOMATIQUE UNIQUE POUR SCANNER



**SIMPLICITÉ**



**SÉCURITÉ**



**RAPIDITÉ**

**Injecteur à 3 voies sans seringue**  
pour une gestion du temps optimale

## UN INJECTEUR INNOVANT

- ▶ 3 voies : - 2 voies pour le produit de contraste\*,  
- 1 voie pour le sérum physiologique
- ▶ Injection à partir de tous types de flacons de produits de contraste, de 50 à 200 mL (verre, plastique)
- ▶ Asepsie maîtrisée sans transfert de produit

## UNE CONCEPTION UNIQUE

- ▶ Système clos stérile
- ▶ Pression positive
- ▶ Unidirectionnel

## UN SYSTÈME SÉCURISÉ

- ▶ Sécurité Air - détecteurs sur ligne patient
- ▶ Sécurité Pression - détecteur sur ligne patient
- ▶ Sécurité Contamination - pas de rétrocontamination, pas de contamination croisée ou environnementale\*\*

\* 1 patient = 1 flacon

\*\* Document disponible sur demande concernant les tests réalisés en termes de risques de contaminations environnementale et croisée  
Destination du DM : Administration à contrôle automatique, par voie veineuse, de produit de contraste iodé sur des sujets humains pendant des examens effectués au moyen d'un tomodensitomètre, angio CT comprise ; Classe : II b pour l'injecteur / II a pour les consommables ;  
Organisme notifié : BSI ; Fabricant : Bracco Injengineering - Avenue de Sévelin 46 - 1004 Lausanne - CH.  
L'utilisation est réservée aux personnes formées - Lire attentivement la notice.



LIFE FROM INSIDE

**BRACCO**  
**INJENGINEERING**