

Le futur ?



Il ne se passe pas une semaine sans qu'apparaisse un projet de décret, ou mieux un avant-projet de décret.

Tous les pans de notre activité sont concernés :

- le Développement Professionnel Continu (DPC),
- les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (les fameux CPOM),
- les expérimentations des nouveaux modes de rémunération.

Des commissions travaillent à la recherche d'une meilleure efficacité soit de nos structures (Commission Longuet concernant l'entreprise libérale) soit afin d'imposer des contraintes fortes et régulatrices en cas de dépassement de l'ONDAM (Commission Briet).

Un document récent mérite notre attention, il s'agit du futur contrat entre l'Etat et l'UNCAM qui doit être prochainement signé. Il portera sur une

période de trois ans. Nous espérons que ce contrat ouvrira l'opportunité d'une négociation sur l'avenir de l'imagerie médicale dans un cadre négocié avec une perspective pluriannuelle.

En effet, les dernières mesures qui ont affecté l'imagerie médicale, prises unilatéralement par les tutelles (décote des actes associés, suppression de l'option conventionnelle d'archivage), ont eu des effets extrêmement négatifs sur les cabinets d'imagerie sans, pour autant, que la qualité au service des patients soit améliorée. L'évolution actuelle des tarifs aboutit à une dissociation entre la valeur de l'acte dans l'échelle des services, médicaux et non médicaux, et le service médical rendu associé à la responsabilité. Cette dévalorisation concerne le secteur public comme le secteur libéral.

Alors que l'imagerie médicale, secteur public et secteur privé confondus, va affronter dans les prochaines années une forte baisse des effectifs de médecins

radiologues et, dans le même temps, une montée des indications de recours à l'imagerie pour le diagnostic comme pour la thérapeutique, le prochain contrat entre l'Etat et l'UNCAM doit être l'occasion, pour l'ensemble des partenaires, de réfléchir à une organisation de l'imagerie médicale dans notre pays capable de faire face à ces défis. Cette organisation devra s'intéresser aux hommes et aux matériels.

Depuis plusieurs mois, la FNMR a rencontré les responsables de la politique de santé en France afin de les sensibiliser aux difficultés présentes et futures de l'imagerie dans notre pays.

Espérons que le prochain contrat entre l'Etat et l'UNCAM permettra d'ouvrir des discussions entre professionnels et tutelles afin d'assurer à tous les patients le bénéfice d'une imagerie médicale de qualité sur l'ensemble du territoire.

Dr Jacques Niney
Président

■ Vie syndicale : Le Conseil d'administration de la FNMR réagit à la suppression du forfait-archivage	02
■ Hommages : Dr Alexandre Koifman Dr Serge Tcheng	06
■ Perspectives de la radiologie : Constats et perspectives	07
■ Economie : Hausse des séjours en établissements de santé en 2008	08

■ Formation : Plus d'étudiants reçus aux ECN 2009	10
■ Petites annonces	12
■ Annonceur : PMFR	06





Le Conseil d'administration de la FNMR réagit à la suppression du forfait-archivage

Alors que l'ordre du jour des Conseils de début d'année était, dans un passé encore proche, classiquement commandé par le calendrier des activités à mettre en œuvre, il est, depuis trois ans, régulièrement dominé par la réponse à la dernière agression en date. Cette année, c'est donc « l'affaire » de la suppression du remboursement de l'archivage, qui occupait les esprits à l'ouverture du Conseil du samedi 23 janvier.

Formellement, cette fois, et à la différence des deux exercices précédents, ce n'est pas une « commande » gouvernementale insérée à la LFSS (Loi de financement de la sécurité sociale) qui a provoqué la crise mais un de ces aléas de la vie judiciaire, relativement imprévisible, aussitôt pris pour alibi par les Caisses. Un mot, au passage, sur cette vie judiciaire pour le moment défavorable aux libéraux dans l'affaire de l'archivage mais dont la FNMR espère inverser le cours dans l'affaire, antérieure, de la tarification « pleine » d'un deuxième acte : cette fois c'est la FNMR qui a l'initiative avec un recours en Conseil d'État dont l'issue



Dr Jacques Niney

est attendue dans le courant de l'année 2010. D'un point d'étape rapporté par Jacques Niney, au lendemain d'une rencontre avec les conseils de la Fédération qui venaient d'avoir accès aux arguments de la défense, il ressort que « *le dossier de la FNMR est bon* » mais tout pronostic reste objectivement impossible.

L'été et l'automne derniers laissaient présager une attaque sur le thème désormais classique des « gains de productivité », commun aux radiologues et aux biologistes. Concernant ces derniers, les baisses autoritaires de nomenclature sont parues au Journal Officiel sans que personne dans leur rang n'ose évoquer la fin des ennuis puisqu'ils sont désormais sous le coup d'une réforme, autrement plus radicale car transformant une majorité de laboratoires actuels en simples « centres de prélèvement ». Qui plus est sans riposte possible car menée par voie d'ordonnance sous la surveillance suspicieuse de Bruxelles. A la différence des biologistes, les radiologues sont encore considérés par la classe politique et l'opinion publique comme des « *médecins en relation avec leurs patients* », ce qui les met (transitoirement ?) à l'abri d'un tel oukaze !

La solidarité du G4 mise à mal et pourtant préservée

Paradoxalement cette fois, le danger est venu d'une organisation que la Fédération tenait pour un allié, le syndicat des radiologues hospitaliers, qui a déposé un recours en Conseil d'État au motif que la spécialité hospitalière était écartée du bénéfice de l'avenant conventionnel instaurant le forfait d'archivage. Ceci alors même que les praticiens hospitaliers n'y étaient pas éligibles et que des financements substantiels sont prévus sur ce dossier dans le cadre d'« Hôpital 2012 ». Les exégèses sur les motivations réelles du SRH dans cette affaire n'ont évidemment pas manqué dans les coulisses du Conseil sans qu'il soit possible d'en privilégier une autre que la volonté d'enrayer ce tropisme qui bénéficie encore au secteur libéral dans le choix d'installation des jeunes radiologues.

Il n'empêche que les velléités de rétorsion – elles étaient possibles sur le registre des dérives du secteur privé hospitalier – ont été « étouffées dans l'œuf » par le Président Niney qui a trouvé un motif d'apaisement dans le changement de tête, survenu au sein du SRH lors de sa réunion des JFR. Heureusement, car cette « rupture » de la ligne antérieure a permis de préserver la dynamique du G4 sérieusement entamée par ce contentieux. On peut, au final, considérer avec Jacques Niney, que pour une économie immédiate d'une centaine de millions d'euros, le gouvernement – plus que la Caisse dans cette histoire qui se serait mieux accommodée d'un plan pluri-annuel cohérent – s'est finalement aliéné l'ensemble de la communauté radiologique !

En effet, l'archivage – c'est une évidence depuis cet épisode – a fait une entrée massive dans la vie radiologique, se rendant incontournable du seul fait de sa valeur ajoutée, selon un sentiment partagé par tous les statuts ou les modes d'exercice. Le courrier du Président de l'Ardèche dit assez (encadré) l'amertume ressentie par « la base ». Après un débat

assez long, duquel il serait fastidieux et injuste de tirer un compte-rendu nécessairement partiel compte tenu de la subtilité de certains arguments (ou parfois annulés depuis, concernant notamment la « récupération des indus »), la décision retenue relève de la « riposte graduée », ménageant à la fois la portée politique du mouvement et les portes de sortie du conflit puisqu'il faudra bien, un jour ou l'autre, revenir à la table de négociation.

Décision a donc été prise de ne pas donner de mot d'ordre de suspension généralisée de l'archivage mais de le considérer désormais, à l'instar d'autres actes comme l'ostéodensitométrie ou l'imagerie de contrôle de l'implantologie, comme un acte « HN » (hors nomenclature), donc à la charge du patient, sur facture après son information et son autorisation. Nominale, la somme à solliciter (sauf évidemment cas d'urgence, CMU, ...) est modique mais elle trouve sa vraie justification dans les responsabilités des Caisses et du gouvernement.

Le succès de la riposte est conditionné par le message de chaque radiologue à chaque patient

Ce consensus stratégique a été assez difficile à accoucher, comme chaque fois que la profession est confrontée à un rendez-vous décisif pour sa propre histoire. Elle se heurte évidemment à une longue tradition de « tiers-payant total » généralisé dans la profession. On sent bien que son succès sera largement conditionné par la pédagogie déployée au niveau de chaque cabinet, de chaque patient invité à mettre modestement « la main au porte-monnaie » dans son propre

¹ programmées en juin au moment de la tenue du CA mais plus vraisemblablement en septembre selon des rumeurs en cours au moment de la rédaction de ce compte-rendu.

intérêt puisqu'évidemment c'est lui qui en sera, un jour peut-être, le bénéficiaire. Mais la pédagogie ne pourra évidemment rester purement individuelle et adaptée à chaque patient. Elle devra être également politique et collective à tous les échelons de la représentation nationale. Le scrutin des régionales de mars constitue évidemment une bonne opportunité pour interpellier les candidats se disant intéressés par les questions de santé.

La barre néanmoins est haute après l'opération précédente ayant réuni près de 200 000 signatures au bas de la pétition portée au ministère ... sans effet visible, à court terme, sur la détermination gouvernementale. Cette fois, Jacques Niney compte beaucoup plus sur l'effet démultiplicateur de l'action menée directement auprès du public et relayée par la représentation nationale. Une expérience antérieure donne à penser, que, normalement expliquée, cette facturation individuelle de l'archivage, convainc rapidement et facilement plus 50% de la patientèle. Il apparaît que ce mot d'ordre de compromis ménage à la fois l'obligation de cohérence syndicale de l'action et d'efficacité politique, systématiquement cultivée par la FNMR.

L'enjeu stratégique des élections aux URPS

Au chapitre des « questions diverses », dont une seule aurait suffi à composer, dans un autre contexte, le plat de résistance du premier Conseil de l'année, venaient donc divers sujets d'actualité.

□ D'abord **les futures élections¹ aux URPS** (Unions Régionales des Professions de Santé), qui devront évidemment mobiliser les radiologues impliqués dans le deuxième collège des spécialités médicales. Selon l'analyse de Jacques Niney, ce

Un « coup de gueule » parmi d'autres

Bernard Moulin, Président du syndicat de l'Ardèche, a adressé au Président Niney une lettre résumant un sentiment assez largement partagé par ses pairs, membres ou non du Conseil de la FNMR. Extraits :

Si nous ne mettons pas un terme à cette machine infernale, ce jeu de massacre, nous reprendrons un nouveau coup dans trois mois, dans six mois ou dans un an ... Jusqu'à la disparition des entreprises médicales libérales. Pour ramener, de gré ou de force, les spécialistes à l'hôpital - objectif poursuivi depuis des années - c'est la manière forte qui a été choisie.

Pour faire le poids, nous avons besoin d'être crédibles et d'avoir des alliés. Être crédibles : tant que la majorité des radiologues pratiquera le tiers payant intégral dans le seul but d'attirer les clients [...], nous ne ferons peur à personne. La Caisse sait très bien qu'elle détient la trésorerie des radiologues qui sont, eux, sans aucun moyen de pression sur la Caisse, ... sauf à s'asphyxier eux-mêmes. [...] Si les

radiologues cessent le tiers payant - c'est un pré-requis - alors seulement ils pourront envisager des actions de revendication tarifaire à l'identique de ce que mettent en œuvre les syndicats de généralistes. [...].

Ceci nous amène à chercher des alliés. L'exaspération de la base et les prochaines échéances électorales contribuent à faire monter la pression et l'agressivité des syndicats représentatifs. S'ils s'unissent pour déclencher des actions, nous devons être en mesure de les accompagner, de les relayer, de les stimuler. [...] Vis à vis de nos collègues du SRH, il ne faut pas ajouter la division à la division mais enfin, ils se réclament de la loi ... Aidons les à l'appliquer strictement sur le secteur privé hospitalier [...]

Si nous ne parvenons pas à nous faire respecter, les risques de ces agressions itératives sont, malheureusement, la fermeture des petites structures et la vente des plus grosses aux opérateurs de santé.

Soit la disparition programmée de l'exercice libéral et pas seulement pour les radiologues !

scrutin est biaisé en ce qu'il accorde au collègue des spécialités chirurgicales (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens) une sur-représentation de ses composantes (le quart des sièges pour le dixième des effectifs). L'enjeu de ces élections reste modeste – une magistrature d'influence sur le strapontin auquel est convié l'ensemble des professions de santé dans la gouvernance des ARS – mais c'est néanmoins le seul levier, avec les G4 régionaux, sur lequel pourront peser les radiologues au niveau de chaque région. Les listes des centrales représentatives sont en voie de constitution et le Président a invité ses cadres à y occuper « toute leur place ». L'autre enceinte à investir par les libéraux est évidemment celle des G4 régionaux auxquels la FNMR invite à expliquer le problème de l'archivage à tout leur tissu de correspondants ; dont les actuels ARH.

□ Ensuite le déploiement annoncé des ARS et la concertation des décrets d'application de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires). Dès lors que ces Agences sont le « bras armé » de l'étatisation du système de santé sur le terrain, il ne faut pas s'étonner de voir que les décrets publiés ou encore soumis à concertation n'en sont que l'instrument : qu'il s'agisse du décret « Coopération » (interprofessionnelle), du décret CME (Commission Médicale d'Établissement), ou du décret DPC (Développement Professionnel Continu), l'autoritarisme étatique semble au rendez-vous.

Mission Legmann : pourquoi une telle défiance à l'endroit des syndicats ?

□ Ensuite encore, la « Mission Legmann », du nom du radiologue Président du Conseil national de l'Ordre, missionnée par le Président de la République pour « refonder » les principes de la médecine libérale mais dont on comprend mal, à ce jour la véritable portée et le calendrier puisque – en bonne théorie – ses conclusions sont censées impacter directement sur le rôle et les moyens de la médecine de premier recours dont on pensait le sort scellé par la loi HPST. La défiance affichée par cette mission à l'endroit des syndicats légalement représentatifs constitue un autre élément de gêne pour la FNMR qui va privilégier, au prochain MEDEC (Salon de la médecine générale, Ndlr), le dialogue direct avec la spécialité de médecine générale à l'occasion d'un débat sur le « couple » généraliste-radiologue dans le premier recours.

□ Enfin la période de « mise sous administration arbitrale » de la Convention de 2005 pour une période indéterminée et à l'issue incertaine. D'autant plus incertaine que le contexte syndical médical est lui-même très évolutif : une enquête de représentativité post-élections aux URPS est susceptible de « rebattre les cartes » et il arrive même que des remous internes finissent par renouveler les cadres : c'est ce qui s'est passé à MG-France où un président jugé trop proche de Mme Bachelot, a été proprement « débarqué » par ses troupes.

Une enquête de « benchmarking » public/privé menée par l'ANAP dans 14 régions

Enfin, et comme il est normal, une partie de l'emploi du temps était voué aux affaires intérieures de la FNMR, également nombreuses en début d'année.

□ L'enquête « Benchmarking imagerie », menée par l'ANAP dans 14 régions.

A la suite d'une expérience menée en région Rhône-Alpes, la nouvelle Agence Nationale d'Appui à la Performance, créée dans la foulée de la loi Bachelot, a reçu mission de la nouvelle DGOS (Direction générale de l'Organisation des Soins) de mener une enquête sur « l'adéquation des moyens aux besoins régionaux d'imagerie ». Intitulé très « générique » pour une investigation qui a débuté simultanément dans quatorze régions le 11 janvier dernier. La méthode d'enquête – initialement élaborée par le groupe « SFR Management » – pêche par un côté manifestement « hospitalo-centré » faisant par exemple peu de cas du « temps médical » ou du « temps secrétariat » dans la phase en cours de recueil des données... Tardivement sollicitée pour intégrer la radiologie libérale dans le dispositif, la FNMR, ressent, par la voix de Bruno Silberman, la désagréable impression d'être mise à contribution pour un objectif inavoué : que les résultats de cette étude servent d'abord à imposer un référentiel d'activité « volontariste » aux praticiens hospitaliers publics ... Impression diffuse mais néanmoins partagée par plusieurs observateurs ou acteurs et qui, dans le contexte politique du moment prend un relief particulier : faut-il malgré la dernière agression en date, inciter les libéraux à s'y impliquer sachant que parfois les éditeurs de logiciels de RISS vont leur facturer le logiciel d'extraction de données ?... Un consensus s'est dégagé pour ne pas donner de mot d'ordre de boycott tout en encourageant les mandants à mettre en évidence l'ensemble de leurs coûts !



Dr Bruno Silberman

Aider les candidats au départ à partir dignement

Le sujet est venu en discussion presque subrepticement, à l'initiative d'un administrateur qui faisait écho aux « grandes difficultés » d'un certain nombre de confrères âgés désireux de quitter la profession « par la petite porte » mais, faute de repreneur dans la dignité et la loyauté vis à vis du personnel.

Au décours des commentaires, on a appris de la bouche de Jacques Niney, que le problème était déjà soumis aux conseils juridiques et fiscaux de la Fédération. Une documentation est en cours d'élaboration et, peut-être même, une formation ciblée pour aider les candidats à gérer ce moment rendu délicat par l'absence de tout candidat à une présentation de clientèle.



Dr Jean-Philippe Masson

□ L'arrivée du « e-learning » à FORCOMED, annoncée par Jean-Philippe Masson dans le cadre de la formation mammo numérique. Les postulants à la formation présentielle pratique n'auront plus à consentir un déplacement spécial à Paris et pourront s'acquitter de cette phase « pré-requis » par internet. Au moment où il s'exprimait, Jean-

Philippe Masson attendait le cours-vidéo produit par l'Université de Rennes. Pour les participants, la nouveauté génère 120 € d'économie.

Parmi les autres nouveautés, également annoncées par le Jean-Philippe Masson, pour l'exercice 2010 : une formation « label niveau 2 » réalisée à la demande des labellisés actuels et une autre formation : l'annonce du diagnostic en cancérologie et autres situations pathologiques.

Exercice budgétaire 2009 : bravo les trésoriers !

□ L'adoption des budgets 2009 et prévisionnel 2010. La présentation budgétaire constitue ordinairement une figure imposée au menu d'un Conseil de printemps mais le professionnalisme des services administratifs a permis de le « caler » cette année en janvier. Concernant le « réalisé » 2009, le budget prévisionnel a finalement été dépassé de 7000 €, ce qui reste modeste du simple fait que la Fédération a du investir d'une façon très importante dans une campagne de communication imposée par les événements. En revanche, la prévision de recettes a également – et c'est un signe de bonne santé syndicale – été sous estimée grâce à une augmentation importante du nombre de cotisations ! Bravo les trésoriers, départementaux et régionaux, à qui peut être imputé (avec le concours de leur président) l'essentiel de la performance. Fait inédit : certains départements peuvent s'enorgueillir de 100% de cotisations effectivement perçues auprès des adhérents déclarés !

Le budget prévisionnel 2010, établi avant l'affaire de l'archivage a été conçu sur une inflation des besoins de l'ordre de 15%

□ Le problème de la forfaitisation des actes « globaux ». Malgré son inscription à l'ordre du jour d'une réunion de la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels) en décembre, la FNMR a réussi à faire surseoir au débat sur la forfaitisation des actes menés de front par deux spécialistes, radiologue/chirurgien, radiologue/cardiologue. L'ancienne mission « nomenclature » de la CNAM se serait volontiers accommodée d'un seul forfait, laissant ses deux exécutants, se déchirer sur le partage des honoraires. Sur ce sujet, qu'elle ne peut, idéologiquement et tactiquement, isoler de la notion de « séance » pour laquelle elle a souhaité l'arbitrage

du Conseil d'État, la Fédération entend avancer pragmatiquement tant sont importants les enjeux liés aux développements futurs de la médecine ... D'autant qu'interfèrent les problèmes de la fiscalité des investissements, de l'assujettissement ou non à la TVA en cas de « mise à disposition » de matériels, ... Affaire évidemment à suivre, le dossier venant à peine d'être ouvert.

Quand les manipulateurs revendiquent une consultation paramédicale

□ Problèmes de radiologue-employeur. Sollicité pour faire le point sur le suivi des questions de personnel du cabinet, Laurent Verzaux a livré quelques pièces nouvelles au dossier sous forme d'une analyse juridique sur le degré d'exposition au problème des « méga-SEL » qui peuvent désormais atteindre, voire dépasser, le seuil des vingt, voire cinquante, salariés ! ... Enfin le sujet des manipulateurs reste itératif d'un CA sur l'autre avec multiplication des réunions de concertation sous couvert de principe LMD (Licence, Master, Doctorat) imposé par l'harmonisation européenne. L'avis des radiologues a été requis pour la définition du « référentiel-métier »



Dr Laurent Verzaux

de manipulateur alors que la refonte du diplôme est en chantier après celle des infirmières. Sous couvert de l'un ou l'autre de ces chantiers, il est perçu une évolution de la sémantique : la loi HPST regroupe les médecins et paramédicaux sous le terme générique de professionnel de santé, ne parle plus d'acte, mais de mission de soin. Le péril est évidemment immense pour la profession ; or, dans les diverses commissions *ad-hoc*, le rapport de force ne leur est jamais favorable. Ce qui ne manquera pas d'inquiéter quand on sait que les manipulateurs demandent, à l'instar des infirmières ou des pharmaciens l'accès à une « consultation paramédicale ». Il arrive parfois qu'ils avancent « masqués » sur ce type de revendication en introduisant par exemple la possibilité de télétransmission d'une échographie sans préciser sur quel professionnel. En un mot, un autre chantier qu'on savait « miné » mais que la législation en gestation rend plus dangereux encore !

La défense de l'imagerie de qualité est décidément un sujet de tous les instants et de tous les fronts ! ■

Jean Pol DURAND





Dr Alexandre KOIFMAN

Nous venons d'apprendre le décès le 20 février 2010 du **Docteur Alexandre KOIFMAN** à l'âge de 95 ans. Il était médecin radiologue retraité à SCEAUX (92).

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

Dr Serge TCHENG

Nous avons la profonde tristesse de vous annoncer le décès brutal de notre ami et associé le **Docteur Serge TCHENG**, survenu le 12 janvier 2010 à l'âge de 56 ans. Ses associés veulent lui rendre hommage.

De formation parisienne et en particulier formé par nos Maîtres Sauvegrain et Bard, il avait rejoint notre groupe de radiologues à Angoulême en 1989. Son esprit critique et ses remarques pertinentes nous avaient plus d'une fois surpris.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

Docteur Philippe MADOULE

*Président du syndicat des radiologues
de la Charente et région Poitou-Charentes*



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

et aussi...

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



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

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

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

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

Constats et perspectives

Les contraintes que connaît notre spécialité et notamment démographiques, nous imposent d'avoir une réflexion sur l'évolution de l'organisation de notre profession.

Cette réflexion déjà initiée par les quatre composantes du conseil professionnel FNMR, CERF, SRH et par l'ensemble du bureau de la SFR doit être développée avec comme seul objectif l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Un certain nombre d'outils ont été créés par les précédents présidents de la SFR :

Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, Guide des procédures, Guide pratique à l'usage des médecins radiologues, compte rendu radiologique.

Ces outils dont la diffusion est encore trop restreinte, mettent en évidence sans conteste le service médical rendu par le médecin radiologue que l'on souhaite parfois contourner.

La valeur ajoutée que nous apportons dans la prise en charge des patients doit être mieux mise en avant, elle justifie que notre spécialité soit dotée des équipements nécessaires à l'exercice moderne de notre métier et au développement des unités de recherche fondamentale et appliquée.

C'est en effet à l'ensemble de la profession notamment au sein du conseil professionnel G4 d'exprimer ses objectifs et de formaliser ses exigences dans une nécessaire approche médico-économique.

La substitution ne peut pas être imposée, elle ne peut être que la résultante d'une extension de l'accès aux équipements associée aux actions de formation initiale et continue pour lesquelles la Société Française de Radiologie et FORCOMED jouent un rôle capital.

De même, la profession ne doit pas se laisser imposer la télé-radiologie comme une simple évolution technologique mais elle doit développer son concept de l'usage à des fins médicales de ces techniques de communication. C'est ce qu'elle a fait à juste titre en publiant le guide pour le bon usage de la télé-radiologie et le cahier des charges de la convention médicale de télé-radiologie.



Dans cette perspective, nous devons aussi poursuivre la réflexion sur l'évolution du métier de nos collaborateurs manipulateurs qui a déjà été ouverte par la commission manipulateur du conseil professionnel.

L'enjeu est tel pour créer un nouveau modèle d'organisation qu'il est heureux que l'ensemble des acteurs de notre métier ait engagé une réflexion et action commune. ■

Dr Laurent VERZAUX
Secrétaire général de la FNMR
Vice Président de la SFR





Hausse des séjours en établissements de santé en 2008

Le nombre de séjours d'hospitalisation a augmenté de 1% en 2008. Les hospitalisations complètes ont augmenté de 0,5% alors que les hospitalisations partielles diminuaient de 1,5%. Dans le même temps, le nombre de lits diminuait de 1%. Telles sont les principales conclusions d'une étude publiée en février 2010 par la DREES ⁽¹⁾.

En 2008, le nombre de séjours en établissements de santé, publics ou privés, s'est élevé à 25 millions soit une hausse de 1% par rapport à 2007.

L'activité en hospitalisation partielle a progressé de 1,5% représentant 13,2 millions de venues. La moitié d'entre elles ont lieu en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 40% en psychiatrie et 10% en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui représentent, avec + 8,7% de croissance, le principal facteur de la hausse d'activité.

Le nombre de places en hospitalisation partielle a cru de 5%.

Les activités d'hospitalisation complète représentent 11,9 millions d'entrées, en hausse de 0,5% sur l'année. Mais le nombre de journées a diminué de -1,2% pour s'établir à 130,4 millions.

La baisse est due principalement à la réduction du nombre de journées en soins de longue durée (-8,5%) alors que le court séjour augmente faiblement avec 0,4%.

Pour 2008, les activités de MCO sont stables avec 16,3 millions de séjours. Le nombre de séjours augmente légèrement en moyenne (0,4%), plus nettement en médecine (1,8%) alors qu'il diminue en chirurgie (-1,7%) et se situe dans la moyenne en obstétrique.

Le nombre de journées est en faible recul (-0,2%). En revanche, le nombre de lits diminue sensiblement (-1,4%).

L'hospitalisation partielle progresse de 1,9% en 2008 en raison de l'augmentation des activités de chirurgie ambulatoire (5,9%). La médecine est stable et l'obstétrique en baisse de 1,8%.

La chirurgie ambulatoire augmente particulièrement dans les établissements publics (13,6%) et privés non lucratif (11,4%) au détriment des établissements privés lucratifs (2,7%). Ces derniers accueillent néanmoins toujours la majorité des hospitalisations partielles (67%).

Le nombre de places est en hausse de 7,7%, tous secteurs confondus. Elle est encore plus forte en chirurgie dans les établissements publics (18,5%).



La psychiatrie générale ⁽²⁾ enregistre une baisse continue de l'activité d'hospitalisation complète.

La tendance est lourde puisqu'elle se poursuit depuis une trentaine d'années ⁽³⁾. En 2008, le mouvement s'est poursuivi avec une baisse de 1,6% du nombre d'entrées qui s'établissent à 593 000 et de 0,5% du nombre de lits. Le nombre de journées est resté stable à 18,2 millions.

Les établissements privés lucratifs, qui représentent 20% des lits et des journées, se distinguent du mouvement général avec une augmentation de leur activité (0,8% pour les entrées et 0,4% pour les séjours).

¹ Séverine Arnault, Franck Evain, Elodie Kranklader, Isabelle Leroux : L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle. Etudes et résultats n° 716 de février 2010. DREES.

² Hors jeunes de moins de 16 ans

³ Depuis 2000, le nombre de lits a baissé de 9%, le nombre de journées de 5% et le nombre d'entrées de 3%.

Activités et capacités par groupes de disciplines en 2007 et 2008

I Hospitalisation complète	Activité			Capacité		
	Nombre d'entrées	Nombre d'entrées	Evolution	Nombre de lits	Nombre de lits	Evolution
	2007 Milliers	2008 Milliers	2007-2008 %	2007	2008	2007-2008 %
MCO	10 314	10 352	+ 0,4	226 484	223 343	- 1,4
Lutte contre les maladies mentales	627	623	- 0,6	57 420	57 141	- 0,5
Soins de suite et de réadaptation	909	931	+ 2,4	96 279	97 940	+ 1,7
Soins de longue durée	36	34	- 4,4	67 860	61 819	- 8,9
Ensemble	11 886	11 941	+ 0,5	448 043	440 243	- 1,7
II Hospitalisation partielle	Nombre de venues	Nombre de venues	Evolution	Nombre de places	Nombre de places	Evolution
	2007 Milliers	2008 Milliers	2007-2008 %	2007	2008	2007-2008 %
	2007 Milliers	2008 Milliers	2007-2008 %	2007	2008	2007-2008 %
MCO	5 967	5 994	+ 0,5	21 611	23 280	+ 7,7
Lutte contre les maladies mentales	5 158	5 155	- 0,1	27 138	27 715	+ 2,1
Soins de suite et de réadaptation	1 926	2 094	+ 8,7	6 983	7 500	+ 7,4
Ensemble	13 050	13 243	+ 1,5	55 732	58 495	+ 5,0

Source : DREES – DHOS, SAE et PMSI 2007-2008

Alternative à l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle s'est développée depuis 2000 avec une hausse de 5% du nombre de places et de 7% des venues. Le mouvement s'est poursuivi mais seulement dans les cliniques privées avec 29% de places en plus et 46% de venues supplémentaires.

La psychiatrie infanto-juvénile est réalisée principalement (80%) dans les établissements publics. L'activité est croissante avec 24% d'entrées supplémentaires pour un total de 30 000 alors que le nombre de places reste fixe à 2 100. L'hospitalisation partielle reste à peu près stable avec 9 100 places pour une activité en légère baisse (-0,9%).

Les soins de suite et de réadaptation : Avec 3 millions d'entrées, les SSR enregistrent une hausse d'activité de 6,7% en 2008. La hausse est plus forte pour l'hospitalisation partielle (8,7%) que pour l'hospitalisation complète (2,4%). Elle est également plus forte dans les cliniques privées (11,9%) et dans les établissements privés non lucratif (9,5%)

que dans les établissements publics (4,3%). Au total, les SSR réalisent 30 millions de journées pour 98 000 lits.

Les soins de longue durée : Ces dernières années ont enregistré une baisse des patients en SLD, de 3% entre 2002 et 2004, de 5% en 2005 et 2006 et de 8,5% en 2008. Le nombre de journées est ainsi passé de 29 millions en 2002 à 22 millions en 2008, essentiellement dans le secteur public (90%). Le nombre de lits a également baissé de 82 000 en 2002 à 62 000 en 2008. La principale raison est la prise en charge d'une partie de ces patients par les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) qui dépendent du secteur médico-social. ■

Wilfrid VINCENT





Plus d'étudiants reçus aux ECN 2009

Le nombre d'étudiants reçus aux ECN est en hausse pour 2009. Ils sont plus de 5 400 pour 5 000 l'année précédente. Le nombre de postes ouverts, en 2009, est en augmentation pour toutes les disciplines. Pour la première fois depuis la création des ECN, en 2004, le pourcentage de candidatures féminines est en baisse. Les préférences de disciplines évoluent peu ¹.

En 2009, sur les 6 422 inscrits aux ECN, 6 187 étudiants les ont passés soit une hausse de 8,6% par rapport à 2008. C'est l'effet du relèvement du numerus clausus entre 2002 et 2004 passant de 5 100 à 5 550.

Le nombre de postes ouverts était de 6 186. Il tient compte du nombre d'étudiants présents aux épreuves les années précédentes. Il est à remarquer que le nombre de candidats qui ne se présente pas est en baisse depuis 2004.

En 2009, 10% des étudiants n'ont pas validé leur DCEM et ne pouvaient donc pas être affectés. C'est la même proportion qu'en 2008. Un peu moins d'1% des étudiants (63) a démissionné ou n'a pas choisi de poste. Au total, 14,4% des candidats n'ont pas été affectés en troisième cycle pour diverses raisons, pourcentage en hausse ces trois dernières années.

5 518 candidats ont été affectés dont 5 429 entrant en troisième cycle, soit 8,5% de plus qu'en 2008. Pour l'année 2009, 161 internes ont repassé les ECN alors qu'ils n'étaient que 126 en 2008.

Hausse du nombre de postes ouverts

Au cours des années précédentes, le nombre de postes ouverts avait augmenté en médecine générale mais aussi dans certaines spécialités suivant les années. Ainsi, pour 2005, les postes en psychiatrie augmentaient de 50%, en spécialités chirurgicales de 45%, en gynécologie médicale de 25%. En 2007 et 2008, les postes ouverts en spécialités médicales augmentaient de 10 et 6%.

En 2009, c'est l'ensemble des disciplines qui a bénéficié de la hausse des postes ouverts (voir tableau 3) mais à des rythmes différents. La progression, du nombre de postes ouverts est plus faible pour les disciplines qui ont connu une hausse sensible les années précédentes contrairement à l'anesthésie-réanimation (13%) et à la médecine du travail (94%).

La préférence pour la médecine générale

La préférence pour la médecine générale est confirmée. Si, avant 2007, moins de la moitié des postes ouverts l'étaient en médecine générale, à partir de 2007, plus de la moitié le sont dans cette discipline, 54% en 2009.

82% des postes ouverts en médecine générale ont été pourvus ce qui représente 3 333 postes pour 2009 contre 3 200 en 2008. Cette augmentation est le reflet de la préférence des étudiants, de la hausse du nombre de postes dans les subdivisions dans lesquelles l'ensemble des postes sont habituellement pourvus et, enfin, de la hausse du nombre de postes ouverts.

Sur l'ensemble des postes ouverts, 668 sont restés vacants dont 612 en médecine générale, 42 en médecine du travail et 14 en santé publique.

L'étude observe une mobilité plus forte des étudiants ayant choisi la médecine générale puisque dans 90% des cas (un tiers en 2008), les étudiants auraient pu maintenir leur choix de leur subdivision d'origine.

Stabilité de l'ordre des préférences

Le premier choix reste toujours les spécialités médicales pour les hommes comme pour les femmes. Dans l'ensemble, les choix exprimés en 2009 sont conformes à ceux de 2008 (Voir tableau 1). Pour les hommes, les trois premières spécialités restent, dans l'ordre, les spécialités médicales puis chirurgicales puis l'anesthésie-réanimation. La médecine générale qui n'était préférée qu'en cinquième position passe en quatrième et inversement pour la gynécologie-obstétrique. La psychiatrie qui n'arrivait qu'en huitième position est passée en septième prenant la place de la biologie médicale.

Pour les femmes, les trois spécialités de préférence restent aussi les mêmes. Dans l'ordre : les spécialités médicales puis la médecine générale et les spécialités chirurgicales. La pédiatrie qui occupait la quatrième position en 2008 passe en sixième position. La quatrième place étant occupée par la gynécologie-obstétrique. La biologie médicale qui était en huitième position passe en neuvième inversant sa place avec la gynécologie médicale.

La médecine du travail reste la spécialité la moins choisie.

La part des femmes en recul

Si les femmes restent très majoritaires, leur part dans le total des étudiants affectés est en légère diminution. Elles étaient 63,7% en 2008. Elles sont 62,3% en 2009 (Voir tableau 2).

¹ Laurent Fauvet : Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et résultats n° 720 de février 2010. DREES.

Tableau 1 : Ordre des préférences des étudiants par discipline

Préférence pour les femmes			Préférences pour les hommes		
Spécialité	2008	2009	Spécialité	2008	2009
Spécialités médicales	1	1	Spécialités médicales	1	1
Médecin générale	2	2	Spécialités chirurgicales	2	2
Spécialités chirurgicales	3	3	Anesthésie réanimation	3	3
Gynécologie-obstétrique	6	4	Médecin générale	5	4
Anesthésie réanimation	5	5	Gynécologie-obstétrique	4	5
Pédiatrie	4	6	Pédiatrie	6	6
Psychiatrie	7	7	Psychiatrie	8	7
Gynécologie médicale	9	8	Biologie médicale	7	8
Biologie médicale	8	9	Santé publique	9	9
Santé publique	10	10	Gynécologie médicale	10	10
Médecine du travail	10 ex aequo	11	Médecine du travail	11	11

Les femmes sont majoritaires dans la quasi-totalité des disciplines à l'exception de la biologie médicale (48,3%) et des spécialités chirurgicales (39,8%). Elles constituent 100% de l'effectif de la gynécologie médicale, près de 87% de la pédiatrie et 81% de la gynécologie-obstétrique.

En 2008, elles étaient minoritaires en santé publique (49,1%) et dans les spécialités chirurgicales (40,2%).

Les étudiants plus mobiles

Un tiers des étudiants a changé de subdivision par choix alors qu'ils pouvaient conserver la discipline choisie en restant dans leur division d'origine. 16% des étudiants ont été affectés dans une autre subdivision, la discipline de leur choix n'étant plus disponible dans leur subdivision d'origine. Au total, 48% des étudiants ont été mobiles, taux comparable à celui de 2008.

En revanche, la mobilité volontaire a été plus importante (5 points de plus qu'en 2008).

Le degré de mobilité varie fortement entre les disciplines de 39% pour la médecine générale à 60% pour l'anesthésie-réanimation et la biologie médicale. Dans la majorité des cas, elle est limitée

au sein d'une même région (si plusieurs subdivisions) ou entre régions voisines.

L'attractivité des régions

Vingt-trois subdivisions n'ont pas pourvu la totalité de leurs postes bien qu'elles soient ouvertes à tous les étudiants. C'est le cas de dix-sept subdivisions pour la médecine générale, de neuf subdivisions en santé publique et de vingt subdivisions en médecine du travail. Pourtant, certaines de ces subdivisions ont un nombre de postes ouverts inférieur au nombre d'étudiants inscrits.

Les régions « les moins attractives » seraient celles qui sont situées autour du bassin parisien ou dans des régions à faible densité de population.



Wilfrid VINCENT

Tableau 2 : Part des femmes par discipline de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anesthésie réanimation	42,4	46,1	46,5	45,0	50,4	53,4
Biologie médicale	51,7	58,6	56,9	48,3	55,0	48,3
Gynécologie médicale	87,5	90,0	90,0	100,0	95,0	100,0
Gynécologie obstétrique	79,1	82,7	82,0	89,7	82,6	81,1
Médecine générale	61,5	58,1	62,5	65,9	66,4	64,4
Médecine du travail	67,9	62,5	47,2	55,6	82,6	65,1
Pédiatrie	82,1	82,1	87,2	87,0	87,0	86,6
Psychiatrie	67,3	67,0	60,0	66,7	67,9	67,1
Santé publique	47,1	60,0	55,7	55,9	49,1	53,0
Spécialités chirurgicales	29,5	35,8	36,6	33,8	40,2	39,8
Spécialités médicales	58,2	64,5	62,9	64,2	64,3	61,6
Ensemble des disciplines	57,9	58,6	59,8	62,3	63,7	62,3



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9618 09 – PAMBERS (proximité Toulouse), groupement de 3 radiols ch nouvel associé. Radio, scan, IRM. Cabinet neuf et agréable. Nombre de vacations de scan et IRM à la hausse. Possibilité de développer des vacations d'interventionnel.

Email : direction.narboscan@orange.fr

9619 13 – SAINT REMY DE PROVENCE / CHATEAURENARD, cause départ retraite ch associé(e). Plateau complet et récent. Accès scan et IRM. Expansion possible. 4 praticiens tps plein. 4 jours /semaine.

Tel : 06.13.02.38.03.

Email : radiologiechateurenard@wanadoo.fr

9620 – Groupe radiologique dans ville universitaire de l'Est de la France. Propriétaire scan et IRM avec activité en clin ch un radiol pour succéder à un associé partant à la retraite. Ecrire au journal qui transmettra (ou faxer : 01.45.51.83.15).

9621 26 – ROMANS, cause retraite radiol ch successeur dans SEL 6 associés. Temps complet (4 j), locaux récents et bien situés. Radio conv +

scan privé + IRM (GIE). Possibilité d'intégration sans apport personnel.

Tel : 06.69.43.45.51.

Email : jclavayssiere@free.fr

9622 – Nord Finistère, cause retraite en début 2011 ch successeur dans SEL (regroupement 2 cabs en cours), sans garde, accès TDM et IRM. Conditions intéressantes.

Tel : 02.98.68.46.78.

9623 56 – HENNEBONT, cause retraite ch successeur dans assoc 3 radiols, cab de ville. Radio conv (num capteurs plan), mammo, écho, TDM, IRM.

Tel : 02.97.36.25.11.

9624 64 – Sud Ouest, ORTHEZ, cède parts dans assoc 3 radiols. Radio num, doppler, ostéo, large accès TDM, IRM, activité dans 2 cabs et 1 clin.

Tel : 06.08.48.00.11.

Email : philippe.aurensan@wanadoo.fr

9625 83 – FREJUS, SAINT RAPHAEL, Urgent, cause départ pour convenances personnelles, cède parts dans association 9 radiols (2 clin, 2 cabs), à fort potentiel. Plateau technique complet, dont scan, IRM, mammo num, mammotome, etc.....

Tel : 04.94.51.81.81.

Email : drfrancoisbel@yahoo.fr ou varimed@wanadoo.fr

9626 – Var littoral, ch 9ème associé cause départ à la retraite. Activité importante répartie dans 3 cabs de ville et une clin privée. Vacances quotidiennes de scan et IRM.

Contact : Françoise ROCCA

ou 1 des med radiol : 04.94.41.75.53
ou 04.98.00.43.80.

9627 – Proche banlieue Nord-Est de Paris, SELARL 3 radiols, cab de ville + clin : radio, mammo, écho, scan sur place, 20 H d'IRM / sem sur site déporté ch 1 ou 2 associés.

Candidature et renseignements : écrire au journal qui transmettra.

REMPACEMENT

9628 – URGENT, centre Melunais d'Imagerie Médicale ch remplaçant 4 jours / sem cause maladie du 06 avril à mi-juillet 2010.

Tel : 01.64.39.78.14.

Médecin Radiologue
de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY
Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

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

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

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2010

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