

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Si on nous avait écoutés ...



Le mot du Président

L'application fin janvier 2011 des décisions prises en Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels (CHAP) à l'encontre des radiographies du thorax et de l'abdomen sans préparation a déclenché les foudres du corps médical.

Non seulement les médecins radiologues se sont alarmés de ces non indications mais également médecins urgentistes, généralistes et chirurgiens se sont élevés contre.

Pourquoi et comment en est-on arrivé là ?

Pour faire court : du seul fait que les institutionnels n'ont pas voulu écouter les représentants médicaux lors des discussions préparatoires à ces décisions.

En effet, si la Haute Autorité de Santé (HAS), avec l'aide d'experts, a émis un certain nombre de recommandations, elle a également mis en avant qu'elles

s'appliqueraient sous certaines conditions parmi lesquelles figure l'accès au scanner.

Il est évidemment nécessaire de s'appuyer sur les bonnes pratiques, pour autant il est, aussi, indispensable d'avoir accès aux équipements d'imagerie en coupes.

Les représentants médicaux ont également dénoncé l'incohérence de certaines non indications, se détachant de la pratique quotidienne et de la nécessaire prise en charge des patients. Certaines non indications sont justifiées et emportent l'agrément des professionnels, d'autres auraient mérité d'être amendées, malheureusement ce ne fût pas le cas.

A travers le G4, les médecins radiologues ont imposé leur présence dans les prochaines discussions qui vont avoir lieu sur ce sujet, puisque paradoxalement nous n'étions pas conviés. La FNMR restera vigilante quant aux décisions qui seront prises afin que ces dernières s'appliquent

d'une façon équitable entre la médecine de ville et la médecine hospitalière : il n'y a pas deux façons de prendre en charge les patients.

D'une façon plus générale : à vouloir inclure systématiquement des indications et des non indications dans le libellé des actes, la CNAMTS prend non seulement le risque de s'opposer aux difficultés de leur application quotidienne mais également à celui d'une remise en question du rôle du médecin radiologue à qui on dénierait sa responsabilité médicale au profit de celle d'un exécutant qui ne ferait qu'appliquer le contenu d'un libellé. De plus, les divergences d'interprétation des libellés ne manqueront pas de générer des contentieux sans fin, bien loin du service rendu au patient.

Dr Jacques Niney
Président de la FNMR

■ Vie syndicale : La FNMR aux JFR 2010	02
■ Rapport de l'IGAS : mission sur la gestion du risque (décembre 2010)	06
■ Contrat Etat - UNCAM, les priorités pour la gestion du risque	12
■ Vie fédérale : Elections Bureaux	14

■ Hommages	15
■ Petites annonces	16
■ Annonceur : PMFR	15

Afin de toujours être au plus près des attentes des radiologues et de mieux connaître leur pratiques et leurs attentes, LA FNMR LANCE UNE GRANDE ENQUÊTE. Il est essentiel que vous y répondiez afin de pouvoir orienter notre politique conformément à ce que vous souhaitez pour les négociations futures. Merci de remplir le questionnaire joint et de le retourner à la FNMR.



Le sommaire du mois



La FNMR aux JFR 2010

Le 25 octobre dernier, la FNMR tenait sa traditionnelle réunion d'information dans le cadre des Journées Françaises de Radiologie. Comme chaque année, le contexte était celui de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. C'est dire que la profession était dans l'attente d'une nouvelle attaque sur l'imagerie avec les baisses tarifaires devenues rituelles.

La presse s'était faite l'écho des propositions d'économies sur l'imagerie à hauteur de 100 à 150 millions.

Photo © Philippe Chagnon



Dr Jacques Niney

Jacques Niney annonçait, qu'en dépit des difficultés diverses, la FNMR œuvrait toujours pour une **négociation avec les caisses d'assurance maladie** avec pour objectif la signature d'un plan pluriannuel comprenant des mesures d'économies mais aussi des mesures positives pour la profession.

Cette négociation avait pourtant mal débuté avec, d'entrée de jeu, au mois de juin, une proposition inacceptable des caisses, à savoir, la baisse du modificateur de radiologie Z. Les négociations ont repris, sur une base un peu plus claire, à partir de juillet.

Au moment des JFR, la demande des tutelles portait sur des économies de l'ordre de 450 à 500 millions d'euros sur trois ans pour la seule imagerie. Les biologistes et anesthésistes étaient aussi mis à contribution. Au-delà, c'est l'ensemble du corps médical qui est visé avec le contournement des généralistes par la mise en place progressive des délégations de compétences qui leur sont imposées.

Concernant l'imagerie, la reprise des négociations a conduit, dans le courant du mois d'octobre, à une nouvelle impasse, les caisses demandant à nouveau la suppression du modificateur Z mais, cette fois-ci, en plusieurs étapes.

A ce stade ¹, la FNMR ne pouvait plus participer à des discussions qui n'avaient plus d'autre objet que de faire disparaître la profession. Les négociations étaient donc arrêtées.

Ce blocage intervient alors même que l'on assiste à une véritable campagne de presse contre la radiologie sur la

base de la publication par la DRESS de son étude sur les revenus libéraux des médecins et du rapport de la Cour des Comptes.

La DRESS classe les médecins radiologues en haut de l'échelle des revenus. Jusqu'à présent, elle indiquait dans la même publication que son étude ne reposait que sur les données de 40% seulement des radiologues. Elle appelait donc à la prudence pour l'interprétation de l'échelle des revenus. Cette année, cette indication a disparu du document principal. Il ne reste qu'une place d'honneur qui fait de la profession une cible.

“L'étude de la DRESS ne reposait que sur les données de 40% seulement des radiologues.”

De son côté, la Cour des Comptes, appuie son rapport sur des études qui sont en partie fausses

ou biaisées comme celle de la DRESS. Mais elle va plus loin en remettant en cause la probité des médecins radiologues. Il est ainsi écrit dans le rapport « *que les radiologues, en sachant qu'ils pratiquent des actes inutiles, le font uniquement pour gagner de l'argent* ». C'est évidemment inacceptable et Jacques Niney a écrit à la Cour pour manifester l'incompréhension et l'indignation des médecins radiologues.

Le rapport de la Cour développe aussi plusieurs idées sur des points sur lesquels on peut contester sa compétence. Il considère ainsi que les forfaits techniques sont un obstacle à l'innovation technologique, que la baisse du tarif des forfaits permettrait d'augmenter le parc de scanner et d'IRM... La FNMR a répondu à la Cour, point par point, afin qu'un prochain rapport puisse mieux appréhender la spécialité.

Le président exhorte ses adhérents à diffuser l'argumentaire de la FNMR auprès des élus afin de combattre les « idées reçues » sur la radiologie qui sont largement répandues.

¹ On sait que, depuis, les négociations ont repris pour aboutir à la signature d'un protocole le 24 décembre 2010.

Après ce point sur les négociations et leur environnement, l'ordre du jour portait sur la question de **l'archivage**. D'une certaine façon, elle rejoignait d'ailleurs l'actualité des négociations puisque les caisses d'assurance maladie ont saisi le prétexte de la décision du Conseil d'Etat pour supprimer totalement le supplément d'archivage. Le Conseil ne leur en demandait pas tant mais c'était une

occasion inespérée, pour elles, de faire des « économies » sans avoir besoin d'en discuter avec qui que ce soit.

La décision des caisses a suscité de très vives réactions. Dans un premier temps, certains ont choisi de maintenir l'archivage, mais hors nomenclature.

Cette possibilité ne peut être envisagée que dans un cadre très précis avec une information délivrée au patient et signée par lui et avec l'établissement d'une facture.

Un autre point d'actualité est **l'étude des coûts d'imagerie lancée par la DSS**. Certains cabinets ont peut-être déjà été contactés pour y participer par le cabinet en charge de cette étude. La prudence est nécessaire car l'enquête est complexe, longue. Toutes les remarques de la Fédération pour faciliter le traitement du questionnaire par les cabinets n'ont pas été intégrées.

Le président mettait, ensuite, l'assistance en garde contre deux projets qui n'ont pas reçu l'approbation des professionnels. Le premier émane de l'INCa avec les enquêtes de dématérialisation pour la mammographie numérique, faisant appel à projet des structures de gestion. L'autre porte sur la télémédecine. Les G4 régionaux se doivent de se prononcer sur cette question faute de quoi des expérimentations risquent de se développer sans la participation des instances professionnelles et donc sans les garanties nécessaires quant à la démarche.



Dr Jacques Niney aux JFR

Forfaits techniques

La CNAM, sans en informer les professionnels, a saisi la HAS d'une demande d'étude sur les forfaits techniques, particulièrement IRM.

On peut s'interroger sur les finalités de cette saisine. S'agit-il de diminuer les forfaits techniques comme le demande le rapport de la Cour des Comptes ? Ou est-ce une façon détournée d'engager une nouvelle hiérarchisation des actes d'imagerie en coupe ?

Lettre de mission aux ARS

La lettre de mission aux ARS émanant de la DGOS donne aux nouvelles agences leurs axes stratégiques qui concernent aussi bien l'hôpital que la médecine libérale.

L'imagerie fait partie de ces axes stratégiques. Les tutelles envisagent-elles, par ce biais, l'instauration d'un objectif régional des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) ? Personne ne peut le dire. Mais il s'agit-là d'une question qui doit être suivie avec la plus grande attention par les G4 régionaux et les radiologues investis dans les URPS.

A ce sujet, le président adresse ses félicitations aux 47 médecins radiologues élus aux URPS. Leur présence et l'engagement des G4 régionaux permettront de mettre en évidence le projet professionnel commun pour l'imagerie.

Après cette présentation, **le débat** s'engage avec la salle. Les questions nombreuses portent, en premier lieu, sur les mesures d'économies dont pourrait faire l'objet l'imagerie. Un intervenant demande si ces mesures pourraient être présentées plus en détail. Dans la mesure où les négociations sont interrompues, Jacques Niney ne peut que supposer que les caisses et le ministère pourraient tenter de faire passer les mesures qu'ils avancent depuis plusieurs années. Il informe l'assistance qu'il siègera à la prochaine commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP) qui pourrait être appelée à se prononcer sur de telles mesures ².

Une autre question porte sur le recours en Conseil d'Etat contre la décision de la CNAM relative à la décote des actes associés. Malheureusement, il n'y a pas de réponse à cette question, le recours n'ayant toujours pas été examiné par le Conseil.

Plusieurs questions portent sur la possibilité pour les radiologues de passer en bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Jacques Niney souligne la lourdeur administrative de ce modèle. Il rappelle également que le passage au BIC ne dégage pas des obligations de la convention médicale ou du règlement minimal.

² Si un protocole d'accord a été signé en décembre 2010, la CNAM, lors de la CHAP du 27 octobre, a bien fait passer des mesures unilatérales qui sont maintenant connues (Suppression du supplément de numérisation, baisse du 2^{ème} forfait technique, modification des règles tarifaires pour l'ASP et le thorax).

La discussion s'oriente sur l'articulation entre les G4 régionaux, les URPS et les ARS dans la mesure où les représentants de la profession dans les G4 et les unions ne sont pas forcément les mêmes. Le président invite les radiologues à développer des plates-formes régionales dans lesquelles ils contribueront à la mise en commun des moyens et qui permettront d'échanger les informations. Ceci étant, chacun doit aussi rester dans son rôle, plus « politique » pour les URPS, plus « technique » pour les G4 régionaux. Mais l'un ne va pas sans l'autre.



Dr Jean-Philippe Masson

La téléradiologie fait l'objet d'un point d'étape par Jean-Philippe Masson et Laurent Verzaux. Les deux Secrétaires généraux rappellent les textes qui encadrent la téléradiologie : G4-CNOM 2006, rapport Simon Acker de 2009, préconisations du CNOM sur la télémedecine à travers un livre blanc, textes du G4 de 2009, avec la Charte de la

téléradiologie et le cahier des charges de la Convention de téléradiologie. Ces textes constituent des références pour toutes les opérations et expérimentations en région.

La loi HPST et le décret d'application du 19 octobre précisent que la télémedecine est un acte médical à part entière. Il reste encore à donner une valeur à cet acte.

A partir du décret d'application, des projets de télémedecine pourront être définis nationalement puis descendre vers les régions ou être inscrits dans un des CPOM signés par les ARS. Le rôle des G4 régionaux est donc essentiel pour suivre les dossiers qui seront lancés dans leur région et, éventuellement, bloquer les projets non conformes. D'autant plus que le contrat peut être signé par l'ARS avec tout professionnel de santé ou tout organisme qui pourrait être une structure commerciale avec les risques de dérive que cela comporte.



Dr Laurent Verzaux

Dans le cas d'hébergement de données de santé, celles-ci doivent l'être par des structures agréées. Or certaines sociétés proposent des hébergements sans agrément.

Jean-Philippe Masson rappelle enfin que parmi les sociétés de téléradiologie (12) certaines ne sont pas conformes aux recommandations. La prudence est donc de rigueur.

FORCOMED

Les radiologues avaient l'obligation de se former à la mammographie numérisée. En 2010, FORCOMED a formé 1100 radiologues et 1090 manipulateurs. Depuis juin 2008,

date qui correspondait à l'application du décret sur l'autorisation de la mammographie numérisée pour le dépistage du cancer du sein, FORCOMED a formé un peu plus de 3000 radiologues.

Cela ne suffit pas. Il a donc été décidé de prolonger les formations à la mammographie numérisée en 2011.

L'enseignement par e-learning, évoqué l'an passé, est désormais opérationnel depuis le mois de mars et les radiologues en sont satisfaits. Par ailleurs, un label de niveau 2 a été créé, réservé aux radiologues, manipulateurs ou cadres de service, qui ont déjà une expérience de labellisation et qui ont fait le label niveau 1. Le succès de ce séminaire a obligé à refuser des inscriptions.

“L'enseignement par e-learning est désormais opérationnel.”

Concernant la formation du personnel, le DPC concernera aussi les manipulateurs, c'est donc une obligation de former les personnels. Il ne faut pas oublier que le DIF est obligatoire.

FORCOMED

34 000 professionnels de la radiologie formés depuis 1994.

Pour les manipulateurs, FORCOMED dispense d'autres formations que la mammographie, notamment l'hygiène. Des formations spécifiques sont en place pour les secrétaires afin d'améliorer leur pratique dans le cadre de la labellisation.

De nouvelles formations sont envisagées et notamment une formation pour un manipulateur référent, car elle correspond à une demande.

Intervention de Michel Claudon, Président du CERF

Michel Claudon a présenté la problématique de l'enseignement de la discipline en raison des évolutions envisageables dans la formation qui pourraient conduire à une structuration différente de la discipline.

Le ministère de la santé a décidé que les maquettes établies depuis 10 à 15 ans devaient être revues.

Une Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat, a été instaurée pour assurer la concertation. Une



Pr Michel Claudon

délégation CERF-SFR et internes en radiologie y a participé pour présenter certains points: la démographie, la formation et la méthodologie des référentiels métier.

Cette concertation se double d'une réflexion au niveau européen avec la Société Européenne de Radiologie.

Le niveau européen recommande cinq années de formation, comme en France depuis 2002, avec trois années en radiologie dite générale et deux années avec options. A ce jour, un interne passe huit semestres dans des services de radiologie, en général des services hospitaliers, et deux semestres hors radio. Le passage aux 3+2 signifie trois années en radiologie générale puis une forme de spécialisation sur les deux années suivantes.

Une question reste en suspens : faut-il maintenir les diplômes inter-universitaires (DIU) ou opter pour les DESC de type 1, complément du DES ? Est-ce un support pour l'assistantat ?

Michel Claudon présente les modalités d'enseignement de la maquette actuelle remaniée. En première année, des cours nationaux ont été lancés pour éviter les trop fortes disparités entre les régions. Il y a ainsi des modules de radioprotection (2 jours chacun) et un module professionnel a été introduit, un module d'IRM de 2 jours, un de recherche et innovation obligatoire.

Les ultrasons sont enseignés en région parce cela implique des formations pratiques.

Un module urgence sera organisé par e-learning, de façon à mieux préparer les jeunes étudiants du DES aux gardes. La radiologie interventionnelle est maintenue par sessions d'une demi-journée, en visioconférence organisée alternativement avec les différentes sociétés d'organes.

Les objectifs des modules cliniques ont été révisés avec un niveau 1 pour les trois premières années, un niveau 2 pour les quatrième et cinquième années et un niveau 3 pour après au niveau de l'internat. Il faudra inclure un module d'IRM de niveau avancé pour la fin du DES.

De même, des modules écho niveau 2 et peut-être scanner niveau 2 pourraient être mis en place l'an prochain. Dès cette année seront introduits 2 jours de technologies avancées, pour exposer notamment les bases en imagerie fonctionnelle moléculaire. Enfin, il y aura aussi un module professionnel de niveau 2, une évaluation formative remplacera le contrôle des connaissances au-delà du contrôle des connaissances par QCM pour les bases technologiques. Il a été proposé à la FNMR de s'associer à cet enseignement afin de bénéficier de son expérience.

Les objectifs de stage pratique seront revus en conformité avec la maquette par un groupe d'universitaires, associant un représentant du SRH et de la FNMR. Le cahier des charges pour accueillir un étudiant du DES est réouvert. Michel Claudon conclut qu'« au delà du projet professionnel commun, nous avons à travailler ensemble pour assurer la formation de ce DES ». ■



patients, du déremboursement de l'archivage des examens d'imagerie médicale, ...

La FNMR a, depuis des années, pris des contacts avec les **associations de patients**. Elle souhaite maintenant amplifier et formaliser ces relations. A l'occasion des JFR, la FNMR a édité sa première « **Lettre d'information des patients** ». Ce premier numéro traite du dépistage organisé du cancer du sein, de la radioprotection des

A travers **cette lettre qui doit être disponible dans vos salles d'attente**, et adressée aux associations de patients, le président rappelle que les médecins radiologues doivent mettre en avant nos objectifs communs : **la qualité et l'accessibilité des soins pour tous**.

La FNMR ouvrira prochainement **un site internet dédié aux patients** afin de leur permettre de mieux connaître la radiologie libérale et de mieux se préparer à leurs examens d'imagerie médicale. Ce site leur permettra de trouver toutes les réponses et informations pratique à leurs questions.



Rapport de l'IGAS : mission sur la gestion du risque (décembre 2010)

Ce rapport commandé en mai 2010 comprend trois parties distinctes : définition du concept de la gestion du risque, contribution des ARS à la gestion du risque au travers des dix priorités définies à la mise en place des dites ARS et trente trois préconisations.

Ce rapport de cent cinq pages est à mettre en parallèle avec le contrat Etat-UNCAM « 2010-2013, cinq priorités, vingt objectifs pour la gestion du risque » qui comprend cinquante et une pages. Il s'inscrit donc dans la logique de la loi de juillet 2009 dite loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires).

Les deux auteurs, Pierre-Yves Bocquet et Michel Peltier, se montrent inquiets et critiques, à leur façon, sous couvert de ce qu'ils appellent « La Mission ».

Pierre-Yves Bocquet a été directeur administratif et financier de la FNMF, et directeur du Groupement du patrimoine et des moyens de la Mutualité française (GPMF) avant de réintégrer l'IGAS. Michel Peltier a été directeur de la DRASSIF.

Il s'agit donc d'un rapport essentiellement technique où les « professionnels de santé » ne tiennent qu'une place très secondaire (page 99), aussi secondaire que dans les instances

de concertation prévues par la loi HPST. La présentation du texte, truffé de paragraphes, d'alinéas et de tableaux, sans oublier les acronymes variés, laisse supposer que la plupart des lecteurs s'en tiendront aux deux pages de synthèse ou à la lecture de la dépêche de l'APM.

“ La loi HPST introduit l'élaboration par l'ARS d'un programme régional de la gestion du risque ou PRGDR, pluriannuel et révisable chaque année. Le contenu est fait d'objectifs et de priorités nationales définies par le contrat Etat/UNCAM. ”

Ainsi, **la loi HPST introduit l'élaboration par l'ARS d'un programme régional de la gestion du risque ou PRGDR**, pluriannuel et révisable chaque année. Le contenu est fait d'objectifs et de priorités nationales définies par le contrat Etat/UNCAM.

1. La première partie s'attache à expliciter le concept de la « gestion du risque » et de souligner l'importance d'insuffler cette démarche dans l'esprit de tous les acteurs, de la verticalité comme de l'horizontalité. Ce concept

protéiforme est au cœur de la régulation : il est dérivé du vocabulaire assurantiel, même si la protection « sociale » n'est pas une assurance *stricto sensu*.

Le « risque » est l'incident à couvrir et la gestion a pour but de réduire le coût de couverture au moyen de techniques actuarielles, de prévention, de la fixation du montant des primes et de sélection des clients. Le risque est donc la dépense et la gestion a pour but d'être efficiente par l'exactitude de la prise en charge, la lutte contre la fraude et les gaspillages, et l'organisation.

Toutefois, dans le système de santé au sens large, il n'y a pas de sélection des clients et les tarifs sont fixés par voie réglementaire et législative. On lira avec intérêt la note du Centre d'Analyse Stratégique : Médecine de Ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité (Premier Ministre, Décembre 2010) qui effectue, notamment, une analyse rétrospective de quarante ans de « régulation ».

« La Mission » recense les évolutions et montre comment la « gestion du risque » est devenue une culture d'entreprise au sein de la CNAMTS au travers de différentes étapes dont la loi du 13 août 2004 qui étend la compétence de la CNAMTS, consacrant la gestion du risque sans la définir, puis avec la Convention d'Objectifs et de Gestion de 2005 avec une définition des champs. Ainsi, l'assurance maladie est seule compétente en ce qui concerne la convention, le contrôle des assurés et des professionnels, le « périmètre de prise en charge ». Elle partage, avec l'Etat, la prévention, le médicament, les hôpitaux, les bonnes pratiques, la planification et le médico-social.

six thèmes sont définis : prévention et information des assurés, organisations des soins, périmètre de prise en charge, tarifs, lutte contre la fraude. « La Mission » souligne **l'articulation imparfaite avec l'ONDAM...**

Ce partage des rôles entre l'Etat, et ses représentants divers, **et l'assurance maladie**, et ses représentants divers, sans oublier les nombreuses agences (HAS, ATIH, ANAP, etc) revient constamment, comme un leitmotiv, pour souligner

aussi la difficulte et les frottements dans les zones frontieres, le tout se retrouvant naturellement dans les ARS qui regroupent sous un meme toit les differentes structures qui ont des mentalites et des attitudes professionnelles tres diverses.

Ainsi, le COG 2006-2009 se manifeste par une **interpretation extensive du projet d'entreprise** avec reorientation du personnel et mise en place de **nouveaux outils** pour une expertise fine des depenses (SNIIRAM à l'echelon national et ERASME à l'echelon regional).

Ces outils nouveaux comprennent aussi le renforcement de l'expertise des depenses, la mobilisation de la HAS, les programmes nationaux de gestion du risque, la contractualisation, le controle et la lutte contre les fraudes, l'action aupres des « professionnels » (DAM, entretiens confraternels).

On en arrive aussi à des concepts jusque là inconnus avec **la mobilisation des leviers managériaux** (sic) : integration de la GDR dans le pilotage et remuneration variable, y compris pour les CPAM.

« La Mission » constate toutefois que si il y a eu un

impact organisationnel, modification des priorites et reorganisation territoriale, l'impact a été limite sur les pratiques et les depenses eu egard à l'importance du deficit. Elle souligne aussi que cette **notion été « peu investie » par l'administration centrale du ministere de la sante.**

Ce partage des responsabilites a constitue un enjeu conflictuel dans la preparation de la loi HPST avec deux options : toute la GDR aux ARS, soit une etatisation, ou toute la GDR à l'assurance maladie, soit une « separation vertueuse ». Le denouement sous l'effet du Parlement est considere comme ambigu avec un pilotage national des ARS et un contrat Etat/UNCAM avec des programmes nationaux de GDR. Dans la loi, la GDR reste partagee entre l'ARS et l'assurance maladie, entre le niveau national et le niveau regional.

L'application de la loi a donne lieu à de multiples documents de « cadrage sans mode operatoire » precis conduisant à une « organisation empirique » d'une grande complexite, en l'absence de lisibilite, sous l'effet d'une bonne volonte plus que d'un « robuste arbitrage ».

Toutefois, la circulaire de juillet 2010 definit dix priorites (voir tableau) au sein desquelles on retrouve l'imagerie avec des objectifs chiffrés (100 M€ par an en 2010 et 2011).

Si le pilotage est « national », **le principal outil de pilotage « operationnel » des ARS sera represente par les CPOM** (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens), mais, souligne « La Mission », les outils statistiques et les systemes d'information ne sont pas disponibles.

Pour « La Mission », la GDR n'est pas qu'une definition theorique et/ou juridique, ni une gestion des risques, mais bien **un etat d'esprit** dans le but d'ameliorer l'efficience, soit le rapport coüt/qualite dans un contexte contraint.

Il faut donc se livrer à une analyse des depenses et à leur validation scientifique tout en mettant en place des outils et des programmes de correction des inefficiencies.

Il faut aussi « reunir plusieurs activites ayant leur logique propre dans une logique generale commune », soit sept activites pour la GDR :

- etudes medico-economiques : inefficience ? cause (s) ? impact ?
- programme de correction (s),
- action sur le comportement des acteurs : public, professionnels, etablissements, employeurs,
- contröler les droits, les remboursements et lutter contre la fraude,
- fixer le prix des biens et des services remboursables,
- mener des actions de prevention,
- piloter l'ensemble du dispositif.

« La Mission » souligne les competences diverses et la grande variete des metiers à appliquer à un systeme tres heterogene et à des sujets varies... Elle souligne aussi **la complementarite Etat/assurance maladie dans une regulation partagee**, dans les competences et les moyens et suggere que cette complementarite soit renforcee. Ainsi, la logique d'action, ou « etat d'esprit », doit « être impulsée au niveau national ». **Elle souligne aussi que toute action directe aupres des professionnels doit reposer sur des bases incontestables**, ce qui ne manque pas de sel lorsque l'on lit le JO du 26 decembre 2010... La mise en oeuvre d'une politique de GDR sur des objectifs scientifiquement validés demande un investissement national fort.

2. Conséquence des PRGDR sur les ARS

Après ce long preambule qui occupe un bon tiers du texte écrit (hors tableaux et preconisations tabulees), « La Mission » s'attache, enfin, à definir le perimetre...

Ainsi, la declinaison regionale des programmes nationaux s'inscrit dans les priorites du contrat Etat/UNCAM definis par l'Etat ou l'assurance maladie avec des actions complementaires en fonction des specificites regionales qui doivent être comprises comme « residuelles », malgré le flou et la contradiction des textes.

La fixation des prix ne figure pas dans les PRGDR et reste de la competence nationale tout comme la prevention et l'information aux assures.

On appelle ainsi à un « cadrage fort » qui depasse la « logique verticale » et à l'obligation de travailler avec les agences techniques (HAS, ATIH, ANAP, etc) et de corriger la coupure Paris/Province. Les ARS ont pour competence de

« L'application de la loi a donne lieu à de multiples documents de « cadrage sans mode operatoire » precis conduisant à une « organisation empirique » d'une grande complexite, en l'absence de lisibilite, sous l'effet d'une bonne volonte plus que d'un « robuste arbitrage » »

réguler, orienter et organiser en concertation avec les professionnels tout en en contrôlant et en améliorant les modalités et le recours... Or, constate « La Mission », **la loi n'a pas fait évoluer la répartition des compétences** : l'assurance maladie a conservé toutes ses prérogatives et l'essentiel de ses moyens sur le champ de l'ambulatoire et le problème de la « répartition sectorielle des sujets frontières » reste intact. Au plan opérationnel, les moyens de l'assurance maladie sont concentrés sur le contact et le contrôle des deux secteurs.

On assiste donc à un « découpage empirique » des moyens et du savoir faire et il faut éviter « une impression délétère de cacophonie des pouvoirs publics » avec une spécialisation sectorielle (sic).

Les dix priorités définies par la circulaire du 19 juillet 2010 est la « base test » de la GDR en ARS, une feuille de route... « La Mission » souligne que la logique de la GDR doit « irriguer » les ARS, quelle que soit leur taille, dans la transversalité ! L'économie assignée est de 360 millions d'euros pour 2010 et 590 millions pour 2011.

Programme	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires (DSS)	90 ²¹ M€	90M€
Prise en charge IRC (DSS)	30M€	100M€
Liste en sus (DSS)	90M€	90M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	20M€	60M€
Imagerie médicale (UNCAM)	100M€ ²²	100M€
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	30M€	50M€
Efficiences des EHPAD (DSS)	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficiences dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
SSR (DGOS)	Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgence hospitalières (-3%/an)	
TOTAL	360M€	490M€

Source : Directive du CNP du 19 juillet 2010

Il y a donc nécessité d'un processus « d'acculturation » pour parvenir à la maîtrise des dépenses en utilisant les outils comme l'OMÉDIT (Observatoire des Médicaments et des Innovations Thérapeutiques) créé par la circulaire de la St Barthélémy 2005 (24 août).

L'étude des moyens humains démontre une confusion des chiffres, en terme de chiffres budgétaires et de chiffres « physiques », même si le lièvre a plutôt la taille du lapin, de l'année bien sûr. Les gestionnaires du risque pour l'assurance maladie seraient au nombre de 709 répartis dans des centaines d'organismes.

On devine aisément que la question de l'information est essentielle et on mentionne le contrôle, bien sûr, mais aussi le suivi de la Permanence des Soins (PDS). Le système d'information, baptisé « datamart ARS », est cours de développement tout comme le ePMSI. (*DataMart* (littéralement en anglais magasin de données) est un sous-ensemble d'une base de données relationnelle utilisé en

informatique décisionnelle ; il est généralement exploité en entreprise pour restituer des informations ciblées sur un métier spécifique, constituant pour ce dernier un ensemble d'indicateurs à vocation de pilotage de l'activité et d'aide à la décision. Source Wikipedia).

3. « Dites 33 » : le dernier volet est consacré aux trente trois préconisations.

Il persiste, en effet, des « incertitudes et des tensions dommageables à l'efficacité générale » car la loi ne définit pas le cadre de la mise en œuvre de cette politique entre l'Etat et l'assurance maladie ni entre le niveau national et le niveau régional.

De même, la loi ne donne pas la recette pour contractualiser avec plus d'une dizaine d'organisme pour un fonctionnement administratif en cohérence (de phase).

« La Mission » définit trente trois recommandations (voir tableau en annexe) dont les objectifs se situent à très court terme (2011), ce qui est très ambitieux.

Pour « La Mission », il faut :

- ❑ insuffler l'état d'esprit de la GDR chez tous les acteurs de la régulation du système de santé,
- ❑ affirmer l'importance du niveau national : élaboration, cadrage et pilotage, notamment via le CNP ou Conseil National de Pilotage des ARS,
- ❑ distinguer trois champs :
 - Ambulatoire : où l'assurance maladie prédomine,
 - hospitalisation et médico-social : où l'Etat prédomine,
 - Frontières : actions conjointes...
- ❑ Définir les critères de réussite avec des objectifs mesurables et atteignables grâce à des indicateurs robustes de portée significative, avec un intéressement...

En conclusion :

De tels rapports peuvent susciter différentes réactions : comme feu JF Revel, on peut penser qu'il finira comme d'autres rapports, mangés par les rats à la cave...

On peut aussi penser au chaudron de la sorcière avec une pincée de bave de crapaud et un peu de langue de vipère, voire à la théorie du bordel ambiant, pour ne pas parler de la théorie du chaos.

Plus sérieusement, même si sa présentation générale est confuse, peut-être volontairement, on constate que la « sagesse administrative de l'IGAS » reste très centraliste, sinon Colbertiste, avec sept piliers : analyse, contrôle,

régulation, économie (s), contractualisation, organisation et politique, ce dernier volet étant totalement occulté. Une reprise en main par l'Etat avec une limitation des pouvoirs de la CNAMTS est aussi sous-entendue.

argent ne sera pas perdu pour tout le monde, entre officines et consultants divers.

On peut aussi noter que le coût de cette réforme/loi n'est abordé nulle part : un prochain sujet de rapport (de la Cour des Comptes) ??? On peut supposer que cet

Dr Robert LAVAYSSIÈRE
Vice-Président de la FNMR



PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
<i>Réussir la mise en œuvre des dix priorités GDR 2010/2011</i>			
Définir les critères de réussite des actions			
1	Mobiliser les services compétents de la CNAMTS et du ministère pour chiffrer précisément des économies atteignables au niveau national sur les "10 priorités", définir les conditions de leur déclinaison au niveau régional et fixer les objectifs régionaux.	CNAMTS AC ministère Santé	Sans délai
2	Confier à la CNAMTS la production des indicateurs de suivi des objectifs de gestion du risque des ARS et l'organisation de leur restitution, lorsqu'ils reposent sur des données issues du système d'information de l'assurance maladie (SNIIRAM...).	CNAMTS	
3	Une fois les objectifs régionaux arrêtés, concevoir un dispositif de suivi et de récompense à la fois incitatif et prenant en compte les spécificités régionales.	SG CNP	2011
4	Pondérer les objectifs des CPOM ARS et réfléchir à la pondération spécifique à accorder aux objectifs de gestion du risque.	SG CNP	2011
5	A ce stade, ne pas intégrer d'indicateurs de gestion du risque dans les projets de dispositif d'intéressement individuel et collectif des ARS.	-	-
Concevoir de véritables programmes nationaux de gestion du risque pour les ARS			
6	Concevoir des programmes nationaux de gestion du risque communs Etat (ARS) / Assurance maladie, dans le cadre du contrat Etat/UNCAM.	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011
7	Confier la conception de ces programmes conjoints à une cellule réunissant en mode projet des moyens de l'Etat et des moyens de l'assurance maladie au niveau national, sous l'égide du CNP.	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011
<i>Adapter l'organisation et le fonctionnement du niveau national aux enjeux de la gestion du risque</i>			
La nécessité d'un cadre national cohérent pour la politique de gestion du risque			
<i>La cohérence des documents stratégiques</i>			
8	Faire du contrat Etat/UNCAM le cadre de la définition annuelle des objectifs de gestion du risque assignés aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque.	AC ministère Santé UNCAM	2011

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
9	Articuler les orientations de contrôle des régimes d'assurance maladie avec les orientations du contrat Etat/UNCAM.	CNAMTS, MSA, RSI	2011
10	Articuler la négociation des orientations du contrat Etat/UNCAM avec le contenu de la COG de la CNAMTS sur la gestion du risque (objectifs, moyens).	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011
11	Identifier dans la COG de la CNAMTS les actions à caractère " universel " (i.e. non limitées au seul périmètre du régime général) qu'elle conduit spécifiquement pour le compte de l'UNCAM, et les moyens qui leur sont associés.	AC ministère Santé CNAMTS	2011
Structurer le fonctionnement du CNP			
12	Consacrer dans la loi le principe d'une validation par le CNP du contenu du contrat Etat/UNCAM.	SG CNP	2011
13	Etudier l'élargissement du rôle de coordination du CNP à toutes les politiques nécessitant d'articuler les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie ; programmer cet élargissement au minimum sur le champ de la gestion du risque.	AC ministère Santé UNCAM	2011/2012
14	Créer des commissions thématiques permanentes au sein du CNP pour faire instruire les dossiers à soumettre à l'instance plénière par les services de ses différents membres.	SG CNP	2011
Adapter le fonctionnement de l'administration centrale			
<i>Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux enjeux de la gestion du risque</i>			
15	Appliquer l'approche de la gestion du risque dans le secteur hospitalier et dans le secteur médico-social.	DGCS (avec CNSA) DGOS (avec ANAP et ATIH) CNAMTS	Sans délai
<i>Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux besoins des ARS</i>			
16	Identifier les moyens dédiés à la fonction d'animation du réseau au sein du secrétariat général du ministère, secrétariat du CNP.	SG CNP	Sans délai
17	Structurer et animer des réseaux professionnels, dont un consacré à la gestion du risque.	ARS SG CNP	Sans délai
18	S'appuyer sur les ressources des ARS pour développer des actions expérimentales.	ARS SG CNP	2011
Introduire les enjeux de la gestion du risque en ARS dans le pilotage du réseau de l'assurance maladie			
19	Présenter en CNP les lettres-réseau des régimes d'assurance maladie relatives à la gestion du risque avant leur diffusion aux organismes.	CNAMTS SG CNP	Sans délai
20	Organiser la diffusion croisée des instructions aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque.	CNAMTS, MSA, RSI SG CNP	Sans délai

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
21	Intégrer dans les objectifs de gestion du risque des organismes d'assurance maladie des thèmes d'action conjoints avec les ARS ; définir sur ces actions des objectifs chiffrés communs avec deux réseaux.	CNAMTS SG CNP	2011
<i>Mettre en œuvre une politique de gestion du risque coordonnée en région</i>			
Mobiliser les ARS sur la gestion du risque			
22	Valoriser les travaux et les compétences qui existent déjà au sein ARS. S'appuyer sur ces équipes pour diffuser " l'esprit de la gestion du risque " au sein des ARS.	ARS	Sans délai
23	Positionner transversalement et en " mode projet " de la cellule PRGDR, quel que soit son rattachement fonctionnel dans l'organigramme.	ARS	Sans délai
24	Orienter les services d'études des ARS sur les actions de gestion du risque.	ARS	Sans délai
25	Les directeurs d'ARS et, plus généralement, tout l'encadrement des agences doivent adopter eux-mêmes " l'état d'esprit " de la gestion du risque, et s'en faire les promoteurs auprès de leurs équipes.	ARS	Sans délai
Soigner la qualité de la relation entre l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie			
26	Investir conjointement ARS/AM les " sujets-frontières " des " dix priorités " de la circulaire du 19 juillet 2010 ; identifier les thèmes qui pourraient donner lieu à d'autres actions coordonnées du même type ; centrer prioritairement les actions régionales spécifiques sur ce genre de thème.	ARS OAM	2010/2011
27	Encourager la mise en commun des objectifs et des moyens au niveau régional en matière d'études.	ARS OAM	2010/2011
28	Coordonner l'intervention des ARS et des organismes d'assurance maladie auprès des professionnels de santé et des établissements.	ARS OAM	2011
29	Formaliser le modèle de coopération entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie dans un contrat négocié en s'appuyant sur la coordination régionale de chaque régime et sur un périmètre limité, dans un premier temps.	ARS OAM SG CNP	Sans délai
Poursuivre la modernisation du réseau de l'assurance maladie			
30	Renforcer le rôle du directeur coordonnateur régional de la gestion du risque au sein du réseau du régime général et en faire l'interlocuteur naturel de l'ARS sur les questions de gestion du risque.	CNAMTS OAM	2011
31	Achever au niveau loco-régional le mouvement de rapprochement des équipes médicales et administratives opéré au niveau national, au service de la politique de gestion du risque.	CNAMTS OAM	Sur la période de la COG
32	Structurer dans un cadre <i>ad hoc</i> la coordination inter-régime en matière de gestion du risque, dans le cadre des orientations du contrat Etat/UNCAM.	CNAMTS, MSA, RSI	2011
33	Identifier avec l'UNOCAM au niveau national et les représentants des organismes complémentaires en région les thèmes du PRGDR dont ils pourraient appuyer la mise en œuvre.	UNCAM UNOCAM	2011



Contrat Etat – UNCAM, les priorités pour la gestion du risque

Le contrat 2010- 2013 entre l'Etat et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) vise à augmenter l'efficacité du système de santé pour assurer le respect de l'ONDAM sur la période. Pour ce faire, il entend à mobiliser les parties tant au niveau national que régional ou local.

Les objectifs définis dans le contrat seront mis en œuvre dans les programmes nationaux de gestion du risque qui regroupe plusieurs actions : la connaissance du risque, la prévention et la limitation des sinistres, la réduction de leurs coûts, la fourniture de services à l'assuré et aux offreurs de services. Les ARS pourront développer des programmes complémentaires. Le contrat 2010-2013 identifie 20 objectifs regroupés autour de 5 priorités dont nous vous présentons quelques éléments :

Priorité 1 - Mieux connaître le risque santé

Il s'agit d'identifier les objets d'étude afin d'analyser les gisements d'efficacité du système.

La loi HPST favorise une approche globale de la prise en charge sanitaire des patients dans toutes ses composantes – préventive, ambulatoire, hospitalière, médico-sociale. Il importe donc de développer les outils de mesure et de performances sanitaires afin d'analyser le parcours de soins des patients.

Le contrat prévoit aussi un suivi dans l'observation des revenus, des pratiques et des conditions d'exercice des professionnels de santé. Un panel de médecins généralistes a déjà été constitué, d'autres devront l'être pour d'autres spécialités ou professions de santé.

Objectif à 4 ans :

Assurer des échanges réguliers de données entre l'assurance maladie et l'Etat notamment en matière d'honoraires des professions de santé-dépassements et partage volume-prix inclus-....

Des indicateurs de qualité des soins seront développés : en termes de conformité à des recommandations validées, de résultats obtenus et de pertinence des soins. Afin d'assurer la réalisation des différents objectifs, le contrat prévoit des engagements précis des deux partenaires. Ainsi, par exemple, l'appariement des données de remboursement et des données fiscales sur les revenus des médecins sera préparé pour être réalisé au plus tard début 2011.

L'informatisation des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, nécessitera de mettre en œuvre les objectifs fixés

par le conseil national des systèmes d'informations de santé :

- services en ligne de l'assurance maladie,
- développement de systèmes d'information partagés de l'ASIP santé,
- développement des systèmes d'information hospitaliers,
- télésanté et télé-médecine.

Priorité 2 - Renforcer l'accès aux soins

Les actions à mettre en œuvre concernent d'une part l'accès financier des assurés (lutte contre les dépassements d'honoraires, contre les refus de soins, accès à une complémentaire santé), et d'autre part l'amélioration de l'information des assurés tant sur l'offre de soins et les tarifs associés que sur les démarches de prévention.

Le contrat fixe un horizon de quatre ans pour maîtriser les dépassements d'honoraires tant en ville qu'à l'hôpital. Pour ce faire, un plan de contrôle des dépassements abusifs sera préparé dès 2011.

La lutte contre les refus de soins concerne les bénéficiaires de la CMUC, de l'AME et l'ACS. Elle passera par le traitement des plaintes pour refus de soins et l'étude de la pratique de refus de soins tenant compte des disciplines les plus concernées (dentistes, gynécologues, psychiatres), du secteur d'exercice et des villes les plus touchées.

Un meilleur accès aux soins passera aussi par une meilleure répartition de l'offre de soins et le développement de l'exercice groupé.

A cet effet, les prochaines négociations conventionnelles devront favoriser les mécanismes assurant une meilleure répartition géographique des professionnels. De plus, le contrat prévoit, le soutien au regroupement dans les maisons de santé pluri-professionnelles et les pôles de santé.

La permanence des soins ambulatoire, conformément à la loi HPST, est davantage, aujourd'hui, du ressort des ARS qui devront l'articuler avec les urgences hospitalières. L'Etat et

Maison de santé

Le contrat prévoit, d'ici à 4 ans, 250 regroupements pluri-professionnels, maison de santé pluri-professionnels ou pôles de santé.

Il prévoit aussi l'élaboration d'un modèle de financement fiable et pérenne s'appuyant sur les expérimentations déjà menées.

l'assurance maladie devront donc definir les enveloppes globales qui seront allouees aux regions pour financer la PDS afin de couvrir le territoire d'ici a quatre ans.

Priorite 3 - Renforcer l'information et la prevention

L'ambition est de rendre l'information transparente, facilement accessible et validee et d'ameliorer sa diffusion. Cette information doit porter sur l'accès aux droits, l'offre de soins et de service, son coût et son niveau de qualite.

La prevention doit s'inscrire dans le parcours de soins coordonne favorisant les actions de prevention et le depistage des risques. Le contrat souligne que « l'action de prevention doit se conduire au plus pres de la population concernee ».

Depistages

Atteindre, en 4 ans, les objectifs de participation du plan cancer.

Proposer de nouvelles modalites d'organisation pour favoriser le deploiement a grande echelle.

Definir des objectifs de reduction des inegalites sociales et territoriales.

L'Etat realisera les etudes pour le cancer du sein afin d'identifier les freins a la participation dans les departements ayant un taux < 50%.

L'Etat et les caisses etudieront le double accès (individuel et collectif) au depistage du cancer du sein.

Un volet du contrat concerne aussi les plans nationaux de sante comme les depistages. Le contrat rappelle le rôle de chaque acteur : l'Etat definit les programmes de depistage, l'assurance maladie apporte sa contribution en termes financier et operationnels, l'INCa agit pour favoriser l'adhésion des populations et reduire les ecart entre regions.

Priorite 4 - Promouvoir des prises en charge plus efficiente

Pour favoriser des pratiques de prescriptions efficientes, les actions en direction des professionnels de sante (contrats de bonne pratique, diffusion de referentiels, entretiens confraternels, et visites de DAM...) devront faire référence aux objectifs definis par les programmes nationaux.

Les prescriptions d'examen de biologie et de radiologie

Le contrat prend acte du fait que ces examens constituent des éléments essentiels des diagnostics et du suivi des pathologies. Mais ils representent aussi une part importante des dépenses dont le taux de croissance a, néanmoins, ralenti depuis 2006 en raison des mesures tarifaires.

L'objectif, a quatre ans, est :

- de poursuivre les ajustements tarifaires en prenant en compte des économies liées à l'évolution des techniques et les évolutions structurelles constatées ;

- de développer des actions de sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription ;
- d'actualiser la nomenclature des actes de scannographie, de remnographie tant sur les aspects de codage que de tarification (acte et forfait technique) afin d'orienter le choix des techniques en fonction des indications médicales et des mesures de radioprotection ;
- de publier des referentiels pour tous les équipements lourds (HAS) ;
- de gérer les autorisations de manière efficiente, notamment en privilégiant les appareils à bas champs.

Un autre axe d'action est la diversification des modes de rémunération qui seront discutés dans le cadre conventionnel avec une composante forfaitaire (avec engagement des professionnels), une composante paiement à l'acte et une composante paiement à la performance reposant sur des contrats d'amélioration des pratiques individuelles. L'extension des CAPI aux spécialistes sera étudiée.

L'amélioration de la prise en charge passe aussi par une juste utilisation des structures hospitalières. Pour cela, le contrat prévoit la réduction du nombre d'hospitalisations inadéquates, le développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital et un meilleur accompagnement à la sortie de l'hôpital en resserrant les liens entre les établissements et les professionnels de sante ambulatoire. Les alternatives à l'hospitalisation doivent compléter le dispositif.

Priorite 5 - Moderniser les outils au service du systeme de sante

La cinquieme priorite comprend des objectifs relatifs à la gestion des ARS mais aussi aux professionnels de sante avec la mise en place du DPC, la telemedecine et les cooperations entre professionnels.

La telemedecine est vue comme une des solutions pour resoudre certaines difficultes du systeme de sante comme l'accès aux soins, l'isolement de professionnels, ...

Le contrat fixe plusieurs objectifs a quatre ans :

- Développer des dispositifs de telemedecine dans une organisation des soins cohérente et graduee
- Définir des cahiers des charges afin de permettre l'interopérabilité des acteurs et la mutualisation des moyens
- S'assurer de la capacité à échanger les données dans le respect de la confidentialité
- Elaborer la structuration des modes de rémunération en fonction des différentes techniques et des exigences d'efficience du systeme.

Le renforcement des cooperations entre professionnels passe par les maisons de sante pluridisciplinaires, les cabinets de groupe... Mais il implique aussi la redéfinition des compétences respectives des professionnels. ■

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR

20 objectifs autour de 5 priorités

Priorité I : Mieux connaître le risque santé

- Objectif 1 : Approfondir la connaissance du risque santé
Objectif 2 : Assurer le partage des données de l'Etat et de l'Assurance maladie sur l'ensemble des champs de dépenses
Objectif 3 : Moderniser les systèmes d'information des offreurs de soins

Priorité II : Renforcer l'accès aux soins

- Objectif 4 : Lutter contre les inégalités financières d'accès aux soins
Objectif 5 : Favoriser un exercice regroupé et une meilleure répartition sur le territoire
Objectif 6 : Mettre en œuvre une permanence des soins ambulatoire adaptée aux besoins et efficiente
Objectif 7 : Promouvoir une organisation pertinente du réseau officiel

Priorité III : Renforcer l'information et la prévention

- Objectif 8 : Renforcer l'information des assurés
Objectif 9 : Identification des principes d'action en matière de prévention et de promotion de la santé

- Objectif 10 : Mettre en œuvre les mesures prévues par les plans et programmes nationaux de santé
Objectif 11 : Utiliser les nouveaux leviers au service des politiques de prévention

Priorité IV : Promouvoir des prises en charge plus efficiente

- Objectif 12 : Favoriser les pratiques de prescription efficaces
Objectif 13 : Diversifier les modes de rémunération
Objectif 14 : Promouvoir une juste utilisation des structures hospitalières
Objectif 15 : Mettre en œuvre la gestion du risque dans les établissements médico-sociaux
Objectif 16 : Promouvoir un parcours de soins cohérent du patient entre ville-hôpital-médicosocial

Priorité V : Moderniser les outils au service du système de santé

- Objectif 17 : Réussir la mise en place des ARS
Objectif 18 : Déployer le DPC
Objectif 19 : Donner une véritable impulsion à la télémédecine
Objectif 20 : Renforcer les coopérations entre professionnels

Vie fédérale



Union Régionale MIDI PYRENEES

Suite à l'Assemblée générale du syndicat du 3 février 2011, la composition du bureau est la suivante :

Président :
Vice- Président :
Secrétaire :
Secrétaire Adjoint :
Trésorier :
Trésorière Adjointe :

Dr Jean Louis PUECH (Toulouse)
Dr Jean TROCARD (L'Union)
Dr Jean Pierre MALET (Tarbes)
Dr Gilles CADEL (Toulouse)
Dr Jean-Michel MIALHE (Toulouse)
Dr Sylvie LEBAS (Portet Sur Garonne)

L'Union Régionale MIDI PYRENEES

a procédé au renouvellement de ses administrateurs auprès de la FNMR 3 février 2011 :

Titulaires :

Dr Jacques BESSE (Toulouse)
Dr Raphaël HONIKMAN (Toulouse)
Dr Jean Louis PUECH (Toulouse)

HAUTE GARONNE :

Suite à l'Assemblée générale du syndicat du 3 février 2011, la composition du bureau est la suivante :

Président :
Vice Président :
Secrétaire :
Secrétaire Adjoint :
Trésorier :
Trésorière Adjointe :

Dr Jean TROCARD (L'Union)
Dr Jacques BESSE (Toulouse)
Dr Raphaël HONIKMAN (Toulouse)
Dr Jean Louis PUECH (Toulouse)
Dr Jean-Michel MIALHE (Toulouse)
Dr Sylvie LEBAS (Portet Sur Garonne)

Dr Paul FENOLL

Nous venons d'apprendre le décès le 26 janvier 2011 du **Docteur Paul FENOLL** à l'âge de 85 ans. Il était médecin radiologue retraité à PARIS (75).

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

Dr Pierre SPEEG

Nous venons d'apprendre le décès le 11 décembre 2010 du **Docteur Pierre SPEEG** à l'âge de 89 ans. Médecin radiologue retraité à STRASBOURG (67), il fut l'un des fondateurs du Syndicat des Radiologues du Bas Rhin en 1964.

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



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



et aussi...

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

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

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

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

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



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9816 – Banlieue française de Genève, cause départ retraite, SELARL 5 associés, 2 cabs, large accès TDM et IRM en GIE ch associé(e).

Contact : Dr MUSITELLI :

06.15.20.79.76.

Email : christian.musitelli@wanadoo.fr

9817 22 – SAINT BRIEUC, SELARL (3 radiols) ch associé(e). 2 sites (cab de ville + clin). Importante activité, plateau technique complet.

Tel : 02.96.33.73.00.

9818 – Haute Normandie, cherche rapidement 3^{ème} associé(e) polyvalent(e) pour cab de ville et GIE privé / public, IRM et scan. Plateau technique neuf pour l'imagerie en coupe.

Tel : 02.32.33.27.29 ou 06.22.26.86.95.

9819 – Bretagne Littoral, SELARL 7 associés ch successeur cause retraite fin 2011. Clin avec scan, 2 cabs de ville, accès IRM. Qualité de vie.

Contact : Dr BOURLES :

ronanbou@gmail.com

9820 – Nord Finistère, cause départ en retraite le 1^{er} avril 2011, ch associé dans SEL avec accès TDM, IRM. Pas d'apport financier.

Tel : 02.98.68.46.78

9821 33 – BORDEAUX Sud, cherche 3^{ème} associé. Plateau complet : 2 mammo num dont capteur-plan, échographie, conventionnel, ostéo, vacations IRM et scan. Pas de garde.

Tel : 05.56.78.89.29

ou 06.10.07.39.30.

Email : echoradioceastas@wanadoo.fr

9822 41 – Sologne, cab radio, 2 radiols, mammo, écho, scan, IRM et interventionnel ch successeurs.

Tel : 06.81.41.91.96.

9823 56 – HENNEBONT, cause retraite ch successeur dans association 3 radiols, cab de ville. Radio conv, (num capteurs plan), mammo, écho, TDM, IRM.

Tel : 02.97.36.25.11.

Email : cabrxgbl@orange.fr

9824 69 – Nord LYON, cause départ, cède parts dans SELARL. Clin, scan, 2 cabs, 3 IRM.

Tel : 04.72.01.38.10

ou 06.08.58.00.24.

9825 69 – LYON, SELARL, cab de ville ch associé. Accès TDM, IRM. 3 ou 3,5 jours / semaine, ni garde ni astreinte.

Tel : 06.59.93.61.67

9826 73 – CHAMBERY, SELARL (5 associés) ch nouvel associé. TDM, IRM, clin et cabs de ville.

Email : jmb.clinchalles@yahoo.fr ou

eric.teil@dimsavoie.fr

9827 75 – PARIS intra-muros, urgent, radiol ch urgent radiol secteur II pour association.

Tel : 01.46.47.42.20 ou 06.87.19.73.67.

9828 83 – TOULON, groupe de 19 radiols, plusieurs cabs, large accès scan et IRM dans plusieurs clin, mammothome ch associé dynamique, remplacement préalable.

Tel : 06.15.20.34.62 ou 06.64.62.29.96.

9829 86 – Cab privé ch associé, accès TDM et IRM, matériel récent. Activité importante sans garde ou astreinte.

Tel : 06.07.65.84.51.

DIVERS

9830 – Cause retraite vend panoramique dentaire Scanora, numérisation Fuji FCR5000 avec console de travail et Dry Pix de 2004, et autres petits matériels.

Tel : 06.07.02.53.26.

Email : harmand-denis@orange.fr

**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 2011

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