

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Attente et espoir ...



L'espoir est basé sur une prise en compte légitime des aspirations des médecins radiologues à une visibilité à moyen et long terme de leur exercice.

Cette visibilité s'appuie, non seulement sur leur possibilité d'investissement, mais également sur le mode de prise en charge de leurs patients.

Depuis plusieurs années, nous réclamons un plan pluriannuel négocié avec la profession, plan pluriannuel intégrant les possibilités d'économies médicalisées et d'adaptation de la nomenclature aux nouvelles techniques que nous utilisons quotidiennement.

La CCAM a vieilli. Les bilans, en particulier cancérologiques, nécessitent un temps médecin de plus en plus long, ce qui doit se traduire dans la nomenclature ; à l'inverse, soit certains actes ne sont plus pratiqués, soit grâce

aux progrès technologiques, ils se traduisent par une diminution du coût de la prise en charge globale du patient.

Notre espérance dans cette nouvelle relation va peut être se concrétiser.

Cependant les dernières prises de position sur la « progression » de l'ONDAM et les actions comptables menées à l'encontre des anesthésistes sont sources d'inquiétude.

De plus, nous n'accepterons pas que la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels) soit utilisée à des fins comptables indirectes à l'encontre des médecins radiologues. On ne peut avoir un double discours, d'un côté se mettre autour d'une table de négociations et de l'autre demander des mesures insidieuses de régulation.

La bonne volonté affichée par la FNMR s'estompe au gré de ces actions qui

entraînent un manque de confiance envers nos interlocuteurs.

Malgré tout, mais pour combien de temps ?, notre Syndicat continue de travailler afin d'offrir une meilleure prise en charge des patients et de chercher la meilleure qualité possible pour nos structures.

Dans ce but, une nouvelle « Charte du médecin radiologue pour son patient » a été finalisée. Dans ce but également, nous continuons de travailler dans le cadre du « Projet professionnel commun de l'imagerie médicale » afin d'assurer la prise en charge radiologique sur l'ensemble du territoire.

L'espoir naît dans l'attente d'une prise de conscience de tous ces éléments chez nos interlocuteurs institutionnels.

Dr Jacques Niney
Président de la FNMR

■ FNMR :	
Séminaire 27 mars 2010 :	03
Conseil d'administration 28 mars 2010 :	06
■ Statistiques :	
Baisse du BNC des médecins radiologues en 2008	10
■ Réforme du système de santé :	
Le projet professionnel	12
■ Cabinet :	
Réingénierie du diplôme de manipulateur	14
■ Hommage	17
■ Petites annonces	20

■ Annonceurs :	
CMPS	02
FORCOMED	18 et 19
PMFR	17



Profession : diagnostiquer

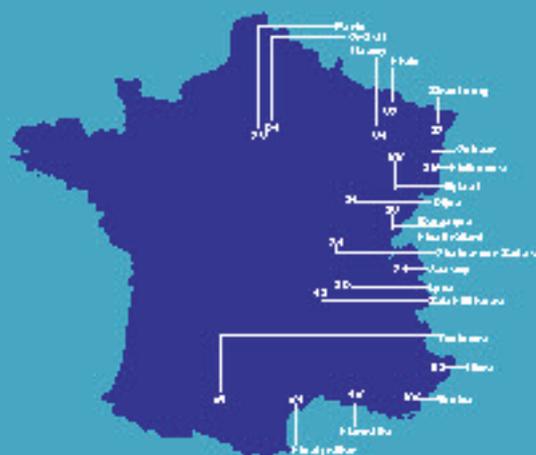
Prêt ou crédit-bail

Réserves pré-accordées

Pour que vous restiez toujours à la pointe du progrès, votre conseiller CMPS vous dédie des solutions sur mesure.

**Si j'étais
banquier je réserverais**

**les meilleurs financements
aux médecins radiologues**



Crédit Mutuel

Professions de Santé

www.cmps.creditmutuel.fr

CMPS PARIS

10, rue de Caumartin – 75009 Paris

Tél. : 01 56 75 64 30

52, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 94000 Créteil

Tél. : 01 58 42 12 85

Retrouvez toutes les coordonnées CMPS sur notre site.



Photo © Philippe Chagnon

Un séminaire de la FNMR sur la communication des médecins radiologues

Une fois l'an, la FNMR réunit ses cadres pour un séminaire thématique d'une journée sur un sujet d'actualité. Cette année, un sujet récurrent : « Comment relayer l'action de la FNMR ? ». Communication et lobbying étaient donc au menu. Les participants sont repartis avec quelques recettes mais aussi avec une stratégie globale – dont leur hôte Jean-Marie Le Guen (député PS de Paris et ... ministrable en cas de victoire de la gauche) a souligné l'importance.

Relayer l'action de la FNMR

LES CLÉS DE LA COMMUNICATION DE PROXIMITÉ

L'atout d'une organisation syndicale comme la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) réside dans sa capacité à décupler sa communication au plus près du terrain en mobilisant les relais essentiels que sont ses syndicats départementaux.

La nécessité de communiquer dans les régions et les départements est devenue une priorité pour la Fédération, à une période doublement charnière où les médecins radiologues se trouvent dans l'œil du cyclone de la maîtrise comptable et doivent pouvoir être informés rapidement sur les actions et positions de leur centrale syndicale. Cette période est également marquée par la réorganisation de notre système de santé et l'apparition dans les régions d'un nouvel interlocuteur, l'Agence régionale de santé (ARS).

Tout d'abord, les objectifs de la communication nationale ont été rappelés :

- affirmer le rôle médical des médecins radiologues dans le parcours de soins,
- positionner les médecins radiologues comme les acteurs incontournables de la prévention et du dépistage du cancer,
- valoriser la FNMR comme un acteur responsable et force de proposition,
- accompagner la FNMR pour valoriser ses actions et missions auprès des différents publics qu'elle touche.

Le bilan de la campagne « Sauvons le dépistage du cancer du sein » lancé en avril 2009 dans la presse quotidienne régionale, s'est révélé particulièrement positif pour l'image de la profession comme l'ont démontré les patients qui se sont mobilisés en signant près de 200 000 pétitions.

Les médecins radiologues bénéficient d'une excellente image : ils sont jugés dynamiques pour 88% des lecteurs de la PQR, et efficaces (86%). 66% d'entre eux connaissent l'existence des cabinets de proximité.

Ce résultat démontre tout l'intérêt de poursuivre l'effort de communication dans la presse quotidienne régionale (PQR). Il faut savoir que trois Français sur quatre ne lisent jamais de quotidien national mais que deux Français sur trois lisent régulièrement la presse de leur région.

Si la communication nationale a la vocation d'un « bombardement de haute altitude », la communication en région a vocation de « frappe chirurgicale » au plus près du terrain. Il appartient donc aux syndicats et aux cadres régionaux de s'approprier cette communication nationale, en illustrant les messages nationaux par leurs implications locales.

Un autre élément important de la communication en région et sur le terrain est l'information en direction des adhérents. Il est capital de pouvoir informer régulièrement les adhérents des positions prises par la Fédération nationale, afin qu'ils puissent se mobiliser le moment venu.

Pour cela, il vaut mieux communiquer fréquemment avec des messages courts et des informations synthétisées, en évitant le langage « techno » et indigeste. Il faut mobiliser sur des mots d'ordre lisibles mais surtout laisser des contacts afin, qu'en cas de besoin, les médecins puissent trouver rapidement le bon interlocuteur parmi les cadres syndicaux.

En conclusion, une des clés essentielles de la communication de proximité est de maintenir le contact entre la base et la Fédération, par des actions un discours de proximité, mais surtout de maintenir une cohérence entre le discours local et le discours national. Car dès qu'il y a rupture de cohérence entre le national et le local, c'est une brèche dans laquelle les tutelles s'engouffrent pour passer en force des décisions qui portent tort et qui nuisent à la profession, en surfant sur les divisions. A contrario, lorsqu'il y a une unité de langage et un activisme en matière de communication, elles hésitent avant d'attaquer, car elles savent que cela ne se fera pas sans bruit médiatique, ce qui complique toujours les choses.

Des fiches pratiques ont été réalisées pour aider les cadres à réaliser leur communication. N'hésitez pas à les demander au secrétariat de la FNMR.

Les deux prestataires recrutés par la Fédération pour cultiver son image de marque auprès des médias et de la classe politique ont identifié deux « cibles » connues de longue date mais l'une et l'autre rétives aux stratégies et arguments déployés par le passé.

1000 parlementaires, 500 actifs, 100 compétents en santé, une trentaine d'hyperactifs

Le « lobbyiste » de la FNMR avait invité en tribune du séminaire du 27 mars consacré donc aux « clefs de la communication » deux de ses correspondants, un attaché parlementaire et un député. Et pas n'importe quel député puisqu'en la personne de Jean-Marie Le Guen, député et maire adjoint de Paris, président du Conseil de l'AP-HP, il s'agit de celui que les observateurs donnent habituellement pour parfaitement « ministrable » à la Santé en cas de victoire de la gauche dans deux ans.

On s'intéressera ici aux échanges, très instructifs, entre les élus de la FNMR et Samuel Le Goff, assistant parlementaire du député Lionel Tardy (UMP, Haute-Savoie), d'une part et Jean-Marie Le Guen (PS, Paris) d'autre part.



M. Samuel Le Goff
(assistant parlementaire)

Le témoignage du premier, plus proche collaborateur du député, est intéressant quant à la « disponibilité » de l'élu. Sa prescription à tous les cadres de la Fédération est de prendre impérativement contact avec tous les députés du département, si possible accompagné d'un ou deux radiologues de la circonscription et a priori connus

de lui. L'enjeu est d'établir une proximité qui s'avèrera utile, plus tard, lorsque l'urgence commandera de solliciter son paraphe, au bas par exemple d'une proposition de loi dans la mesure où aucun gouvernement ne peut rester insensible au nombre de signatures qui l'accompagnent.

« Il faut ensuite garder le contact » poursuit M. Le Goff pour pouvoir le joindre, ou son attaché parlementaire, au jour J, éventuellement en urgence. Mais « jamais plus d'un ou deux messages » à la fois insiste l'orateur qui conseille également la fréquentation d'un site « non officiel » du nom de « nosdeputes.fr » qui permet de repérer assez précisément les champs d'intérêt, et donc de compétence théorique, du député.

D'une intervention précédente, on retiendra en effet le chiffre d'un millier de parlementaires en France, siégeant à l'Assemblée, au Sénat ou au Parlement européen, chiffre sur

lequel 500 ne déposeront généralement jamais un seul amendement. Sur l'effectif restant, la moitié (250) peuvent prétendre à une certaine influence mais il ne s'en trouvera qu'une centaine susceptible d'intervenir efficacement dans le débat du PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) qui rythme, chaque année le sort de la profession médicale. Seulement une trentaine sont, dans le lot, authentiquement actifs.

Jean-Marie Le Guen fut accueilli en tribune par Jacques Niney qui le présenta comme « un expert avec qui il est facile de dialoguer ». Le dialogue se noua, de fait, sur la plus improbable des hypothèses : une véritable « offre de service » à la radiologie libérale.



M. Jean-Marie Le Guen, Député, et Jacques Niney, Président FNMR

Le « défi » aux radiologues de Jean-Marie Le Guen

Retour sur un épisode rare dans une telle enceinte avec le constat de l'orateur « Nous sommes à une époque compliquée de l'histoire de notre système de santé, considère le député de Paris car les techniques, les pathologies, l'évolution de la démographie médicale nous poussent à refonder le système ... dans un contexte excessivement tendu pour des raisons financières sans rapport avec l'évolution des dépenses de santé. »

Langage peu habituel dans la bouche d'un homme de gauche ordinairement plus prompt à stigmatiser des médecins fauteurs de déficit. Mais c'est aussi un homme d'opposition qui s'alarme du fait que « la loi HPST récemment adoptée ne prévoit rien pour affronter le choc annoncé de la démographie médicale, tant en ville qu'à l'hôpital ». Selon lui, ses collègues députés « de base », ne connaissant à droite comme à gauche, pas grand chose à la santé n'abordent le problème que sous le seul angle de la « désertification médicale ». Il tient pour probable que si la

profession organisée amenait soudain à la puissance publique des garanties concernant « la bonne accessibilité aux soins, de leur fluidité, de leur continuité, de leur efficacité » en tout point du territoire cela procurerait un grand soulagement à la tutelle, nationale ou régionale et, réciproquement, aux médecins un tout autre regard.

Aux radiologues, ce lieutenant de Dominique Strauss-Kahn, demande donc plus : « Vous êtes à la fois des investisseurs-managers et des médecins à l'écoute, il vous faudrait « retisser » cette mixité : vous avez sans doute une responsabilité plus importante que les autres spécialités dans l'organisation du système de santé. Si les médecins ne s'y investissent pas, ce sont les financiers, les industriels qui le feront, face à une assurance maladie qui se retranchera dans son rôle d'acheteur de soins. »

Pour lui, le problème majeur de la prochaine génération, politique et médicale, est celui de la prise en charge « globale » des affections longue durée : cancers aussi bien que maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, ...). Celles-là sont le terreau de la future « industrialisation du soin » : la question n'est pas de savoir s'il faut la consentir ou la réfuter mais s'il faut se mettre en situation de la subir ou de l'accompagner.

Encore un peu groggy sous le coup du défi, Alain Taieb lui-même avait quelque peine à s'en remettre : « Jean-Marie Le Guen nous a demandé, à nous radiologues, de réfléchir à la réforme totale du système de santé. Je ne crois pas qu'on puisse nourrir cette ambition » ... En revanche l'ancien président de la Fédération se montre persuadé que l'orateur est un cœur de cible privilégié pour le lobbying de la FNMR.

Quelle représentation des médecins radiologues face aux omnipotentes ARS ?

La dernière partie du séminaire était consacrée au processus de régionalisation officiellement en cours depuis le 1^{er} avril dernier, date d'installation solennelle des ARS (Agences Régionales de Santé) et de leurs 26 directeurs, tous confirmés en Conseil des ministres. C'est à Laurent Verzaux et Bruno Silberman qu'incombait de commenter le nouveau paysage institutionnel et d'envisager l'influence possible des radiologues tant au sein des URPS que des G4 régionaux.



Dr Bruno Silberman

Des ARS, tout a déjà été dit dans le dernier numéro de la revue. Des URPS, le témoignage de Bruno Silberman, actuel président de la plus importante URML de France, était légitimement attendu. A l'écouter, les URPS seront effectivement un interlocuteur majeur des directeurs d'ARS, qui devront discuter tout à la fois, « des problèmes de la PdS, des

systèmes d'information, de l'accès aux soins et des problèmes d'installation, et en Ile de France de la thématique particulière des zones à forte concentration de dépassements d'honoraires. »

De ce qu'il savait (à l'époque, le décret prenait le chemin de l'avis du Conseil d'État), la fragilité de la représentation médicale vient de sa balkanisation, accentuée par rapport aux URML, par la création d'un collège AOC (Anesthésistes, Obstétriciens, Chirurgiens), renforcé de quelques « chirurgiens » issus des spécialités cliniques (ORL,...). Les équilibres internes en

seront forcément affectés et, pour n'être pas inaudibles, les radiologues ont un intérêt direct à investir des places « éligibles » dans toutes les formations. Bruno Silberman a exhorté ses pairs à entamer la campagne électorale dès le retour des vacances (scrutin normalement convoqué le 29 septembre).

De Jean-Luc Dehaene, on attendait enfin un point sur les G4 régionaux (lesquels étaient d'ailleurs convoqués en séminaire national le 20 mai). Construits sur le même modèle et les mêmes représentations que le G4 national, ils ont une vocation naturelle à servir d'interlocuteur « privilégié » de l'ARS pour tous sujets relevant de l'imagerie médicale. L'orateur a incité les cadres impliqués à susciter une prochaine réunion pour y débattre d'une audience à solliciter rapidement du directeur d'ARS.



Dr Jean-Luc Dehaene

Mais ils ont aussi l'obligation morale de se rapprocher des URPS de sorte de se mettre en synergie absolue. Le problème débattu en conclusion fut l'éventualité d'une « dispersion » des politiques régionales, encouragées par autant de G4 régionaux. Ultime mise en garde de Jacques Ninet : « Vous pouvez très bien vous entendre avec votre directeur d'ARS, comme vous pouvez très bien vous entendre avec le CHU local, mais réfléchissez bien avant de signer un accord qui pourrait vous mettre en porte-à-faux avec la politique nationale de la FNMR ». ■



Photo © Philippe Chagnon

Prospective et actualité : ordre du jour du dernier CA de la Fédération

Chaque trimestre apporte au conseil d'administration de la FNMR son lot de dossiers d'actualité plus ou moins brûlante. Pour le dernier qui s'est tenu fin mars, à la veille de la confirmation dans leur poste des directeurs-préfigurateurs d'ARS, ce sont les opportunités et dangers de la contractualisation régionale qui ont focalisé l'intérêt. On y a aussi découvert une remarquable réflexion prospective appelée à alimenter l'actualité pendant ... les vingt prochaines années.

Il en va des Conseils d'administration de la FNMR comme de l'actualité, avec un ordre du jour parfois richement doté, parfois moins. Mais au nombre de ceux dont la densité les porte candidats à entrer dans l'histoire de la Fédération, celui du 28 mars, consécutif au séminaire sur le lobbying, tiendra sans doute une place singulière. Il a en effet inauguré une réflexion prospective appelée à alimenter la chronique des prochaines années. On distinguera donc dans ce compte-rendu ce qui relève du court terme, de la vie courante, ordinaire, de la FNMR et ce qui relève de la stratégie de moyen/long terme.



Dr Jacques Niney

La chronique de l'actualité revue par Jacques Niney

L'actualité a donc fait l'objet du commentaire habituel du Président Jacques Niney :

- Premier sujet abordé, le recours en Conseil d'État sur les actes associés, déposé par la FNMR, suit donc son cours normal, le mémoire ayant été désormais rejoint par celui de la caisse et du ministère. La lecture des trois documents conforte Jacques Niney dans la conviction que les meilleurs arguments sont du côté de la Fédération. Cela constitue un quitus pour le travail de l'avocat mais en aucun cas une certitude de bonnes fins !
- Deuxième thème : le train de textes – décrets et arrêtés – promis pour l'application de la loi HPST. A la demande de M. Sarkozy, le ministère de la santé est tenu de les publier tous à la date anniversaire de la publication de la loi, soit le 21 juillet 2010. Six cents textes au total qui ne sont pas tous promis à être pour autant faciles à mettre

en application. Celui concernant les déclarations d'absence, par exemple, a certes été publié mais les Conseils départementaux de l'Ordre, censés assurer la gestion de cette obligation ne font pas preuve d'excès de zèle ; d'autres sont attendus, comme sur le DPC (Développement Professionnel Continu) appelé à se substituer à la fois à la FMC et à l'EPP ont déjà connu une quarantaine de versions ...

- Troisième focus : les ARS, sujet largement « defloré » par le débat de la veille en séminaire. Au moment où s'exprimait Jacques Niney, les directeurs venaient de trouver dans leur feuille de route, la mission d'organiser tout ce qu'on appelle désormais le « premier recours », la PDS, la démographie, les SROSS,... dans le cadre financier de ce qu'il faut bien appeler un « ORDAM » (Objectif Régional de Dépenses d'Assurance Maladie) même si son intitulé ne figura pas explicitement dans la loi. Pour le faire respecter, les directeurs d'ARS disposent d'un outil dont on n'a pas fini de parler avec une capacité de « contractualisation » de toutes sortes de « CAPI régionaux » !
- Seul contre-pouvoir régional (modeste) des ARS et, surtout, support de la représentation médicale, les URPS (Unions Régionales de Professions de Santé) qui seront donc élues le 29 septembre, du moins dans leur composante médicale. Jacques Niney a exhorté ses cadres à faire en sorte d'y tenir leur place, aussi impérative que dans l'animation des G4 régionaux !

Archivage : la cotation « HN »

Un long débat s'est ensuite instauré sur l'attitude à tenir dans l'affaire du déremboursement de l'archivage. Dans ces questions, la sémantique a évidemment son importance et le Président Niney tient à l'emploi du mot « déremboursement », déjà familier aux patients qui en connaissent la signification quand ils se retrouvent derrière le comptoir de la pharmacie.

Le statut de ce qu'il convient toujours d'appeler un « acte médical », inscrit à la nomenclature mais non remboursé, est donc celui du code « HN », comme l'était celui de l'ostéodensitométrie avant son remboursement. Au delà des aléas de la vie juridique et politique, on peut penser que ce statut restera pérenne pendant un certain temps. Il n'est pas, en tout cas, dans les intentions de Jacques Niney, de renégocier un forfait d'archivage seul : « *La prochaine négociation portera sur les PACS, comportant donc l'archivage ET la transmission des images* ».

Pour autant la question relayée par les cadres de la FNMR est triple: combien, quand et comment facturer ce HN ? Le Président Niney l'a répété : « *Il n'y aura, sur le sujet, jamais de consigne syndicale* ». Des témoignages rapportés sur les usages en voie d'adoption en région, on ne retiendra donc, ici, que celles qui ont suscité discussion, commentaires, contestations :

- ❑ la nécessité d'informer préalablement le patient, et même de recueillir son consentement écrit sur le devis,
- ❑ la nécessité de pratiquer évidemment cette facturation « *avec tact et mesure* », le taux de consentement moyen constaté dépassant d'ores et déjà 50%, pour atteindre 90 et même 100% dans certaines régions pour les examens en coupe ;
- ❑ la nécessité, également consensuelle, de tenir à l'écart de cette facturation toute l'activité de dépistage obligatoire du cancer du sein ...
- ❑ la nécessité, exposée par Laurent Verzaux, de faire, chaque fois que possible, référence à l'archivage dans les comptes-rendus adressés au correspondant. Sur le mode « *par comparaison avec les examens antérieurs, il est mis en évidence ...* »



Dr Laurent Verzaux

Cela peut permettre incidemment, pour conclure (transitoirement) sur ce sujet, de réclamer à la clinique une redevance pour que ses praticiens demandeurs d'examens aient accès aux images archivées.

La « feuille de route » des ARS, en fait des acteurs incontournables en région

Deuxième sujet ayant fait l'objet d'un long débat : la teneur de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) Etat-Caisse 2010-2013 qui fixe donc, pour les quatre prochaines

années, le cadre contractuel dans lequel la CNAM sera amenée à évoluer. Concernant les médecins, le chapitre de l'évolution du mode de rémunération est le plus intéressant, dès lors qu'il encadre le paiement à l'acte de deux formules alternatives : la rétribution forfaitaire, que les radiologues connaissent déjà pour l'avoir expérimentée avant d'autres et la rémunération « *à la performance* » qu'explorent à ce jour les 14 000 généralistes ayant signé un CAPI.

On aurait tort de clore ce chapitre des alternatives au paiement à l'acte sans évoquer également la position publiquement soutenue aujourd'hui par la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) d'encourager le salariat pur et simple dans ses établissements.

La COG État-Caisse fait également référence au rôle des ARS, officiellement installées depuis le 1^{er} avril.

Citation : « *les ARS pourront favoriser une meilleure répartition de l'offre hospitalière, notamment pour les équipements lourds. L'évolution des techniques et des organisations conduit à des évolutions des coûts de production. Il apparaît indispensable que la tarification des actes évités prenne en compte ces évolutions pour éviter l'apparition de rentes et donner de la visibilité aux gestionnaires dans un cadre pluriannuel* ».

“ *La FHP encourage le salariat dans ses établissements.* ”

Cette analyse qui repose l'équation volumes/prix des actes laisse peu de place à la réforme de l'actuelle hiérarchie des actes de la CCAM soutenue par la FNMR, scanner/IRM notamment. Le sujet est d'importance quand on sait, information de Robert Lavayssière, que quelques industriels s'apprêtent à mettre sur le marché une IRM dédiée à l'ostéo-articulaire, éventuellement accessible aux non-radiologues.

Le reste de l'actualité réglementaire tient en quelques rapports – celui de la « mission Briet » préconisant l'abaissement à 0,50% du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte obligeant le directeur de l'UNCAM à des mesures d'inflexion du taux d'inflation, obligation dont les radiologues se sentent des « cœurs de cible » expiatoires. Également à surveiller la suite du rapport Longuet sur l'exercice libéral qui, par contre-coup, risque d'impacter sur le statut du radiologue. On sait, en effet, que le succès du statut d'auto-entrepreneur (500 000 « créations » en un an) a un effet de domino sur toute cette législation : le gouvernement est aujourd'hui attelé à une révision du statut d'entrepreneur individuel dont les biens personnels seraient mis à l'abri d'une éventuelle faillite, caractéristique valide, y compris pour les médecins ! Ce rapport Longuet ne sera, enfin, pas non plus sans incidence sur le statut des SEL.

Enfin, l'ultime nouveauté à signaler n'a pas fait « la Une » de la presse mais vaut son pesant de conséquences : passée de l'acronyme de DHOS à celui de DGOS (Direction Générale en lieu et place de la Direction de l'Hospitalisation et de

l'Organisation des Soins), cette nouvelle administration centrale prend également la tutelle de toute l'informatique embarquée dans les dispositifs implantables.

Un lauréat pour le concours tragi-comique du CPOM le plus bureaucratique

Enfin – et en guise de conclusion dont on ne sait si elle est prospective ou rétrospective – Jacques Niney rapportait l'anecdote survenue à un groupe de radiologues de l'Est qui, en réponse à sa demande d'autorisation d'IRM, s'est entendu exiger :

- l'écriture, unilatérale, du CPOM (Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens) par la seule administration de l'ARH (alors sur le départ) ;
- l'obligation faite au titulaire de participer à l'enquête « Benchmarking » ;
- l'obligation d'utiliser la téléradiologie selon les recommandations du G4 et du CNO qui, pourtant, et faute de texte réglementaire, ne sont pas administrativement opposables en l'état ;
- l'obligation de codage des actes selon le guide du bon usage de la SFR, dans le même état réglementaire que le texte précédent ;
- l'obligation de se soumettre à une EPP (quand la loi parlait de DPC aujourd'hui officiellement promis pour le 1^{er} janvier 2012) ;
- enfin l'obligation stipulée de mettre en place un système d'archivage... exigence formulée en plein épisode conflictuel sur sa tarification !
- et, cerise sur le gâteau, l'obligation faite aux radiologues libéraux d'assumer une PdS hospitalière, alors qu'ils le font déjà sur leur propre plateau technique.

Cette anecdote ne prêterait qu'à sourire du zèle de certains technocrates volontiers adeptes de la provocation si quelqu'un pouvait garantir que ce sont là des méthodes définitivement révolues !



Les administrateurs attentifs et concentrés

« la fin de la dichotomie public/privé » à l'horizon de 20 ans

Mais, au delà de l'actualité immédiate, le plat de résistance du Conseil était assurément la présentation par Aïssa Khélifa du manifeste d'une douzaine de pages prospectives sur l'exercice radiologique à l'horizon d'une génération.

L'analyse co-produite avec Wilfrid Vincent, économiste de la Fédération, procède du constat qui veut que la radiologie va perdre, à l'instar des autres spécialités médicales, à peu près 25% de ses effectifs sur les vingt prochaines années et donc passer des 7250 praticiens actuellement à 5400 environ en 2030.

Dans le même temps, cette ressource humaine va être confrontée à des contraintes nouvelles : l'apparition de nouvelles techniques de plus en plus gourmandes en « temps médical », la contrainte de la « sur-spécialisation » par organe, le retard à résorber en imagerie en coupe. A l'écouter, la dichotomie public/privé toujours en vigueur, ne saurait résister à cet effet ciseau : « si on reste sur le clivage actuel, l'offre sera insuffisante pour satisfaire la demande. »

“ Si on reste sur le clivage actuel, l'offre sera insuffisante pour satisfaire la demande. ”

Le groupe de travail chargé de réfléchir sur ce sujet s'est donc attaché à explorer quelques initiatives locales, mais probantes, de coopération public/privé :

- une expérience d'« optimisation des moyens » entre un centre hospitalier et un cabinet de radiologues libéraux qui s'est avéré « gagnant », l'hôpital réussissant à enrayer son « taux de fuite » quand les libéraux y ont gagné de l'activité ;
- le deuxième exemple est celui d'un cabinet libéral fonctionnant dans l'enceinte même d'un établissement public du nord-est de la France ;
- le troisième exemple doit tout dans l'initiative du chef de service d'un centre hospitalier organisant l'activité externe du service sur le mode totalement libéral selon un statut complexe mais malgré tout opérationnel

Toutes ces initiatives attestent que « les lignes bougent » et que ce n'est sans doute qu'un début. Mais ce mouvement, inexorablement, justifie quand même d'être balisé sinon encadré. Le groupe a donc imaginé d'explorer cinq axes de travail.

- le premier s'appelle POSIM, acronyme de Poles Sectoriels d'Imagerie Médicale, consistant en un regroupement de moyens entre acteurs de la spécialité au niveau d'une zone géographique identifiée, mais pas nécessairement le « territoire » en voie de définition par les ARS,
- le second axe vise à la bonne gestion des indications,
- le troisième s'intéresse aux potentialités de la télé-imagerie, insérée dans le projet médical du POSIM,

- le quatrième explorera les outils juridiques « les plus adaptés », ce qui supposera sans doute un nouveau dialogue avec la tutelle dès lors que la loi HPST instaure qu'un GCS public/privé met nécessairement ses protagonistes sous statut public,
- le dernier axe de travail s'intéresse plus précisément aux statuts, notamment du personnel, d'une redoutable complexité.

Des groupes de travail sont à l'œuvre dans l'objectif d'organiser sous quelques mois des « États généraux de l'imagerie médicale », en présence, et avec la participation de toutes les parties, pour enclencher, avec les ARS notamment, un processus de « contractualisation pluriannuelle » ...

Dépistage de la trisomie : le début d'un « long chemin » selon Philippe Marelle



Dr Philippe Marelle

Autre communication importante de ce Conseil : celle de Philippe Marelle, auteur d'un point d'étape sur la situation de l'échographie obstétricale en France et ses perspectives.

Partant des données CNAM de 2007, il observe, en préalable, la répartition du « marché » de cette activité : 50% aux gynécologues, 30% aux radiologues, 5% aux échographistes « exclusifs » et 5% aux sages-femmes. Quelles sont, dans ces conditions, les limites à la pratique de cet acte : quand les gynécologues en réalisent, en moyenne, 260 par an, les radiologues sont à 237, ce qui est parfaitement concurrentiel. En revanche quand 50% des premiers font moins de 285 examens annuels, ce chiffre descend à 82 chez les radiologues, soit un évident problème de compétence. Certains généralistes, certes peu nombreux mais hyperactifs, en réalisent bien plus dans le même temps !

Cet examen n'est plus « à risque assurantiel », du moins pour le praticien qui veut bien s'astreindre à suivre les recommandations du Comité Technique National, et il est, en outre, à nouveau correctement coté depuis qu'il a été revalorisé. Le Dr Marelle propose donc à la spécialité de « réinvestir » l'activité d'échographie obstétricale. Cette proposition a suscité débat, notamment après le témoignage d'un participant rapportant des difficultés à œuvrer dans un réseau largement piloté par des gynécologues. Réponse de Philippe Marelle : « *la radiologie revit, avec la trisomie 21, ce qu'elle avait vécu avec le cancer du sein. Il s'agit d'un combat au long cours* » mais que ne saurait désertier une radiologie libérale qui revendique « toute sa place » dans le dispositif de santé publique. ■

En bref

■ **Enquête Benchmarking** : Introduite tardivement dans le processus de « Benchmarking », initié par la DGOS (Direction générale de l'Organisation des Soins) et conduit par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), la FNMR a essayé, par la voix de ses représentants, Jean-Luc Dehaene et Laurent Verzaux, d'y faire prévaloir la « raison libérale ». L'opération a consisté à recueillir, sur les centres scanner/IRM de 14 régions, des données sur la gestion de la file active ; le recueil d'information est aujourd'hui achevé même si les chiffres ne sont pas disponibles. Jean-Luc Dehaene a fait valoir qu'il est néanmoins prévu un retour d'informations dont, individuellement, chaque répondant peut tirer un profit personnel ; ne serait-ce qu'en y trouvant les éléments pour étalonner sa pratique par rapport à la moyenne.

Compte-tenu de l'audience dont bénéficiera sans doute demain l'ANAP auprès des directeurs d'ARS, on peine à imaginer que ces chiffres, utiles à toute démarche qualité, finissent au fond d'un tiroir.

■ **Télé médecine** : sur la base de ce qui n'était alors que le « projet de décret » sur la télé médecine, soumis au Conseil d'État par le cabinet de la ministre, Bruno Silbermann a mis en garde contre toute tentation des radiologues de remettre leurs intérêts aux mains de prestataires alors même que le sujet n'est pas encore parfaitement maîtrisé, par les directeurs d'ARS, qui « auront la main » sur les autorisations.

■ **Coopérations professionnelles** : Laurent Verzaux, chargé du dossier au sein du Bureau fédéral, voit dans le décret signé le 31 décembre dernier, de franches opportunités, notamment pour organiser l'accès à l'échographie des manipulateurs sous réserve qu'ils aient satisfait à une formation « de type Master » dans le cadre du cursus LMD, désormais européen. Seul impératif : la FNMR a un besoin impératif de toujours rester « maître d'œuvre » sur ce secteur, comme sur d'autres.

■ **Forcomed/DPC** : de la communication de Jean-Philippe Masson, on retiendra les premiers pas de la formation mammo-num » » par e-learning, appréciée des radiologues candidats mais pas des intervenants de l'Inca (Institut National du cancer) pourtant régulièrement tenus au courant de l'avancement du projet.

Dans les nouveaux thèmes, un maximum de formations financées : l'annonce du résultat en oncologie/sénologie, l'écho mammaire dans le cadre du dépistage, deuxième niveau « labellisation » et, à la demande du Conseil, une formation sur le thème « Fermeture d'un cabinet ».

Enfin, la radiologie libérale est, comme tout le corps médical quel que soit son statut ou mode d'exercice, toujours dans l'attente d'une version consolidée des textes relatifs au DPC (Développement Professionnel Continu), lequel devient individuellement « opposable » le 1^{er} janvier 2012 dans des conditions sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

Baisse du BNC des médecins radiologues en 2008

La CARMF a publié, comme chaque année, le bénéfice non commercial des médecins par spécialité pour 2008. Rappelons que contrairement aux données habituellement publiées par différentes sources qui reposent sur des estimations ou des redressements, les données de la CARMF reposent sur les déclarations de revenus de tous les médecins libéraux. Ce sont donc les données les plus exhaustives disponibles.

Pour cette année-là, le bénéfice non commercial moyen, pour l'ensemble des médecins, est resté stable à 81 791 euros soit 0,14% de plus par rapport à 2007.

Cette moyenne recouvre une baisse de près d'un demi-point du BNC moyen pour les médecins généralistes à 69 403 euros (-0,47%) et une hausse de 0,67% pour les médecins spécialistes pour s'établir à 97 05 euros. Mais là encore, les moyennes recouvrent des réalités différentes selon le secteur ou la spécialité.

Pour les généralistes, la baisse a été plus forte pour ceux qui exercent en secteur II avec (-0,7%) contre (-0,49%) pour les médecins de secteur I.

Le mouvement est inverse pour les spécialistes. Ceux qui sont en secteur I ont enregistré une petite hausse du BNC à 0,25% à 90 963 euros contre 1,1% à 109 012 euros pour les spécialistes en secteur II.

Les évolutions sont encore plus contrastées si l'on considère les spécialités.

Tous secteurs confondus, quelques spécialités connaissent des hausses de BNC supérieures à 3% comme la cancérologie (3,8%), la neurologie (3%), la néphrologie (8,5%). Inversement, des spécialités subissent des baisses de BNC de 3% ou 4% comme la radiologie, la biologie ou plus encore avec une perte de -7,7% pour l'hématologie ou 14% pour la médecine nucléaire.

Hiérarchie des revenus par spécialité

1 Anesthésie :	156 722 €	↗
2 Cancérologie :	156 535 €	↗
3 Biologie :	153 130 €	↘
4 Chirurgie :	128 647 €	↗
5 Radiologie :	127 545 €	↘



Pour l'imagerie médicale, la baisse de BNC pour les médecins radiologues exerçant en secteur I est de -4,29%, plus de 90% des radiologues sont en secteur I. En revanche, ceux qui sont en secteur II ont connu une hausse de 2,47%.

Une nouvelle fois, les données de la CARMF montrent que, contrairement à ce que certains veulent faire croire, les revenus des médecins radiologues ne sont pas les plus élevés parmi les spécialités. ■

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR



Bénéfice Non Commercial 2008 par spécialité et évolution 2007-2008 (Euros).

	Secteur 1		Secteur 2		Secteur 1 et 2		
	BNC moyen	Évolution 2008/2007	BNC moyen	Évolution 2008/2007	Effectif	BNC moyen	Évolution 2008/2007
Effectif global	77 554 €	- 0,23 %	96 724 €	1,17 %	109 910	81 791 €	0,14 %
Médecine générale	70 271 €	- 0,49 %	61 784 €	- 0,70 %	61 802	69 403 €	- 0,47 %
Moyenne des spécialistes	90 963 €	0,25 %	109 012 €	1,10 %	48 108	97 705 €	0,67 %
Anatomie cytologie pathologiques	107 054 €	- 1,03 %	147 407 €	- 2,92 %	487	112 274 €	- 1,26 %
Anesthésie réanimation	143 991 €	2,11 %	187 422 €	1,10 %	2 637	156 722 €	1,97 %
Cancérologie	161 902 €	4,54 %	125 519 €	- 1,34 %	400	156 535 €	3,81 %
Chirurgie	90 699 €	1,12 %	142 070 €	0,06 %	4 960	128 647 €	0,40 %
Dermato vénéréologie	67 353 €	2,85 %	74 966 €	1,93 %	3 245	70 286 €	2,46 %
Endocrinologie et métabolisme	44 505 €	2,06 %	48 464 €	1,07 %	736	46 974 €	1,44 %
Gastro entérologie hépatologie	90 743 €	2,35 %	104 438 €	3,45 %	1 855	95 667 €	2,88 %
Génétique médicale (*)							
Gériatrie (*)							
Gynécologie médicale & obstétrique	64 173 €	0,81 %	92 923 €	1,28 %	4 934	78 543 €	1,29 %
Hématologie	51 900 €	- 4,30 %				55 683 €	- 7,68 %
Médecin biologiste	153 852 €	- 4,73 %				153 130 €	- 4,72 %
Médecine interne	60 352 €	2,95 %	60 843 €	1,42 %	334	60 630 €	2,05 %
Médecine nucléaire	118 906 €	- 14,70 %				120 610 €	- 14,14 %
Médecine physique et de réadaptation	59 373 €	- 0,41 %	85 015 €	1,11 %	464	68 436 €	0,22 %
Néphrologie	121 202 €	8,71 %	57 948 €	3,61 %	317	119 007 €	8,50 %
Neurologie	70 876 €	3,51 %	80 937 €	1,46 %	759	73 951 €	3,05 %
Ophthalmologie	105 409 €	4,54 %	145 766 €	3,22 %	4 262	125 133 €	3,80 %
Oto-rhino laryngologie	79 005 €	1,70 %	90 207 €	0,30 %	2 060	85 068 €	0,95 %
Pathologie cardio vasculaire	104 113 €	- 0,04%	102 991 €	0,95 %	3 871	103 908 €	0,13 %
Pédiatrie	62 000 €	- 2,51 %	74 131 €	- 1,66 %	2 662	65 618 €	- 2,21 %
Pneumologie	79 838 €	0,02 %	71 069 €	- 1,18 %	1 030	78 365 €	- 0,24 %
Psychiatrie	62 422 €	0,09 %	64 827 €	0,45 %	5 906	63 089 €	0,22 %
Radiologie imagerie médicale	124 185 €	- 4,29 %	156 314 €	2,47 %	4 274	127 545 €	- 3,40 %
Rhumatologie	77 281 €	- 1,42 %	76 516 €	0,02 %	1 728	76 950 €	- 0,83 %
Stomatologie	106 660 €	2,89 %	135 231 €	0,83 %	761	116 272 €	2,31 %
Spécialité non précisée	35 798 €	- 1,85 %				35 446 €	- 4,19 %

(*) Effectif non significatif - Statistique arrêtée au 1^{er} avril 2010

Source CARMF : Le tableau complet est disponible sur le site de la CARMF
<http://www.carmf.fr/page.php?page=Chiffrescles/stats/2010/bnc2008.htm>



Photo © Philippe Chagnon

Le projet professionnel unique : Les médecins radiologues s'engagent

Texte La Fédération Nationale des Médecins Radiologues, le Syndicat des Radiologues Hospitaliers et la Société Française de Radiologie présentaient publiquement, le 6 mai dernier, leur projet pour l'imagerie médicale en France, intitulé « Améliorer la prise en charge radiologique des patients sur l'ensemble du territoire ». Cette journée était l'occasion de faire un état des lieux de l'imagerie, des évolutions démographiques de la profession, des innovations technologiques et médicales qui bouleversent régulièrement l'imagerie. A partir de ces constats qui sont autant de défis, à partir d'expériences menées dans les régions, les intervenants ont présenté des solutions possibles pour apporter des réponses aux difficultés présentes et assurer la prise en charge radiologique des patients dans les prochaines années.

Des personnalités de tous les horizons assistaient à cette présentation ; des parlementaires, le directeur à la gestion et à l'organisation des soins de la CNAM, des représentants d'organisations médicales professionnelles, des directeurs d'hôpitaux, des consultants et ... des radiologues.

Il appartenait à Jacques Niney, Président de la FNMR, à Alain Rahmouni, Président du SRH et à Jean-Pierre Pruvo, Secrétaire général de la SFR d'introduire la journée. Jacques Niney rappelait que l'organisation de l'imagerie, telle qu'elle fonctionne aujourd'hui sur la dichotomie forte entre le secteur public et le secteur libéral, arrive à son terme. Un nouveau modèle doit être imaginé qui met le patient au cœur de la coopération entre les deux secteurs. Alain Rahmouni soulignait que le projet professionnel unique est la base pour un universitaire, reposant sur le travail en réseau et la qualité de la prise en charge. Enfin, Jean-Pierre Pruvo mettait en avant la nécessité, pour les radiologues, de disposer, dans le cadre d'un projet professionnel commun, de plateaux techniques complets permettant de mettre en œuvre le guide du bon usage des examens d'imagerie et d'assurer un diagnostic de qualité pour un traitement de qualité.

L'état des lieux

L'état des lieux repose principalement sur deux constats. D'une part la baisse annoncée de la démographie des médecins radiologues faisant passer leur effectif de 7 250 médecins aujourd'hui à 5 400 en 2025. D'autre part, l'augmentation du temps médecin en raison des nouvelles techniques d'exploration d'imagerie, scanner, IRM mais aussi imagerie moléculaire, imagerie fonctionnelle qui suscitent aussi de nouvelles indications.

Le temps médecin augmente

Les premiers scanners faisaient 40 images environ par examen.
Aujourd'hui, un scanner des membres inférieurs crée entre 1400 et 1500 images.

Le problème démographique se retrouve dans toute la France mais il est plus aigu dans certaines régions comme le Nord. Il se pose également dans les établissements hospitaliers où 35% des postes sont vacants pour les temps pleins et 47% pour les temps partiels.

La baisse des effectifs déjà enregistrée dans les centres hospitaliers et qui va s'étendre au secteur privé pose, parmi d'autres, le problème de la permanence des soins et des urgences. Lorsque les équipes diminuent, la charge de travail est plus lourde pour les médecins qui restent en fonction.

L'insuffisance d'équipements d'imagerie en coupe joue aussi défavorablement. Elle ne permet pas de réaliser la substitution nécessaire de l'imagerie conventionnelle vers le scanner et surtout l'IRM.

Le maillage territorial est assuré par la présence des établissements hospitaliers et des grands centres privés qui assurent l'imagerie « lourde ». Cette offre est complétée par les cabinets privés de proximité qui assure un maillage plus « serré » du territoire avec la radiologie de première intention et les dépistages comme celui du sein. Mais ce maillage est menacé par les mesures récurrentes de baisses tarifaires.

Le débat

Après l'état des lieux et la présentation de deux expériences réussies de coopération public-privé, le débat, animé par Pascal Beau, directeur de la revue Espace Social Européen, s'est engagé avec les interventions et les questions de la salle.

Sénateur Jean-Claude Etienne

Le Sénateur Etienne observe que l'ensemble des jeunes radiologues, public ou privé, a le sentiment d'être « dans l'œil du cyclone ». Ils sont pris entre un « ticket d'entrée » élevé dans la vie professionnelle et « une mise au pas » de leurs honoraires.

Une des premières questions a porté sur l'attractivité, ou l'insuffisance d'attractivité, tant du secteur libéral que du secteur public.

Jacques Niney soulignait que le faible nombre de médecins qui s'installent, d'après les statistiques de l'Ordre national des médecins, montre qu'il y a un problème qui dépasse chacun des deux secteurs. Deux raisons peuvent être évoquées. Dans le monde hospitalier, l'organisation très administrative des établissements peut être dissuasive. Dans le monde libéral, le mode de vie et les incertitudes de rémunération, en raison des baisses tarifaires successives, sont là aussi dissuasives. Les jeunes qui s'installent ne souhaitent pas non plus pratiquer la radiologie conventionnelle qui est pourtant encore une des caractéristiques du cabinet libéral.

Alain Rahmouni rappelait que la baisse des effectifs engendre une permanence des soins et des gardes plus lourdes pour ceux qui restent. De plus, les rémunérations au départ des

carrières sont très peu attractives. Enfin, les pesanteurs administratives n'incitent pas les jeunes à poursuivre à l'hôpital.

Jean-Pierre Pruvo mettait l'accent sur l'absence de familiarisation de l'internat en radiologie qui est une revendication de la profession avec l'augmentation du nombre d'internes formés pour passer de 150 à 200 par an. La radiologie devient une discipline « pivot » autour de laquelle s'organisent les réunions pluridisciplinaires.

“ Les pesanteurs administratives n'incitent pas les jeunes à poursuivre à l'hôpital. ”

Certaines des questions ont porté spécifiquement sur les expériences de coopération public-privé qui étaient présentées lors de cette conférence. D'autres ont été plus générales.

- ❑ La permanence des soins des radiologues libéraux dans les établissements publics. La réponse de Jacques Niney est simple. Dans le cas de l'attribution d'une autorisation d'un équipement en coupe à une structure partagée entre le public et le privé, il est normal que les libéraux participent à la PDS en proportion de leur temps d'utilisation à cet équipement sauf s'ils assument déjà une Pds, par exemple en clinique ou dans un ex-UPATOU. En effet, ils ne peuvent assumer deux Pds.
- ❑ La place de la radiologie dans le traitement des urgences y compris celles qui ne correspondent pas à la définition de l'urgence.
- ❑ La téléradiologie comme palliatif à l'insuffisance de radiologues dans les petits services. Ce serait un risque pour l'activité médicale et une dégradation de la radiologie qui doit participer aux staffs pluridisciplinaires.
- ❑ La loi HPST crée les chefs de pôle. Il est souhaitable de s'interroger (par exemple dans le cadre des G4 régionaux) afin de déterminer si la radiologie est un pôle support ou un pôle clinique.
- ❑ La convention n'assure plus la visibilité dans le temps des tarifs nécessaires pour les investissements en imagerie.

En conclusion, Jacques Niney rappelait que la réflexion a été lancée par un séminaire organisé en janvier 2009 avec une première synthèse en février 2010. Actuellement, des commissions issues de ces séminaires poursuivent leurs travaux et rendront leurs rapports dans le courant du mois de juin.

L'objectif reste de proposer une nouvelle organisation de l'imagerie médicale en France au service des patients. Celle-ci s'articulerait autour des Pôles sectoriel d'Imagerie Médicale (POSIM) dont les limites géographiques ne sont pas fixées mais doivent répondre aux réalités locales. Le POSIM offrira un plateau technique d'imagerie en coupe en complément du maillage territorial de proximité qui assure la prise en charge pour la radiologie de première intention et le dépistage.

Enfin, la journée se terminait par l'annonce de la présentation du projet finalisé lors des prochaines Journées Française de la radiologie en octobre 2010. ■



Une assemblée attentive et intéressée



Réingénierie du diplôme de manipulateur

Nouvelles tâches, nouvelles exigences de formation

Dans le cadre de la réforme LMD, Licence Master Doctorat, nécessaire pour harmoniser les formations au niveau européen, la DGS, maintenant DGOS, pilote la réingénierie des diplômes des quinze professions paramédicales. Nous participons à ce travail au sein de la « commission G4- manipulateur » depuis novembre 2005.

Il s'agit d'un processus précis dont l'objectif est d'aboutir à une formation certifiante organisée en ECTS (European Credit Transfert System), avec délivrance d'une annexe descriptive au diplôme (voir encadré).

Depuis 2005, la commission G4-manipulateurs s'est plusieurs fois réunie avec les représentants de l'AFPPE et du comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale pour échanger sur les référentiels d'activité et de compétence, mais aussi sur les aspects juridiques et en particulier les notions de responsabilité.

Après cette phase de concertation, la DGOS a depuis décembre 2009 relancé le processus et fixé un calendrier dont l'objectif est la mise en œuvre de la réforme à la rentrée 2011.

Les enjeux de la réingénierie du diplôme :

Une offre de certification lisible, l'inscription du diplôme au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP),

une construction structurée correspondant aux normes actuelles, référentiels d'activité et de compétence, critères et procédures d'évaluation définis, articulation avec le LMD.

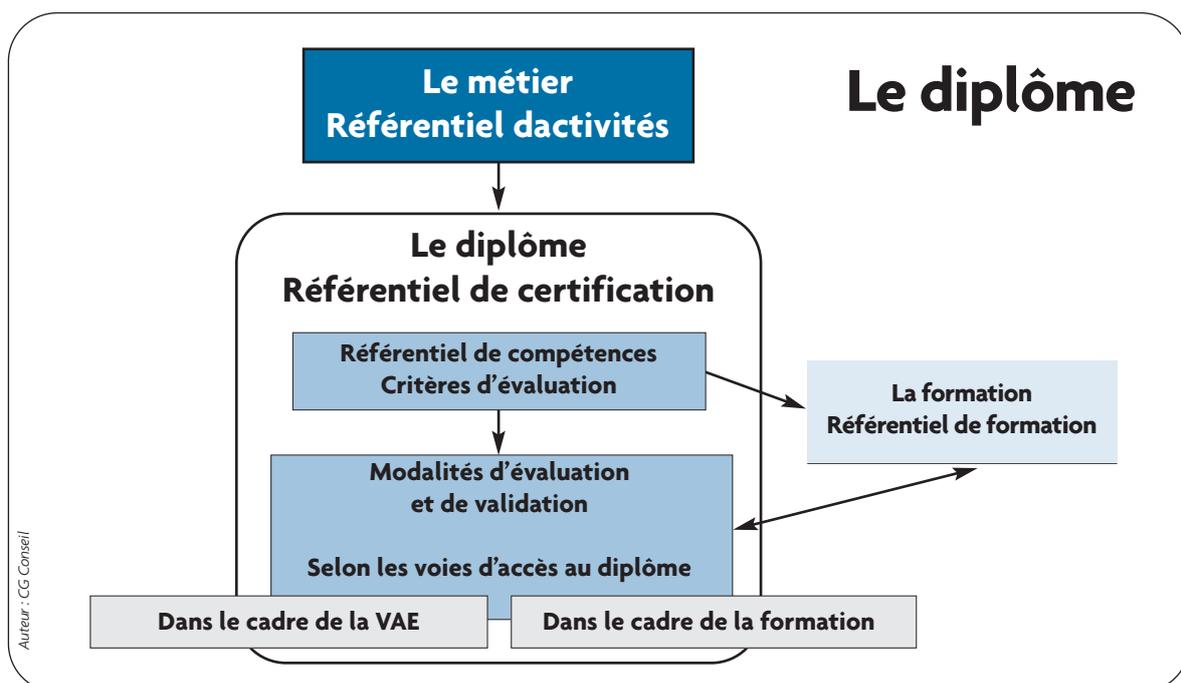
Les finalités compte tenu des enjeux :

Mieux préparer les professionnels à l'exercice de leur métier d'aujourd'hui et de demain.

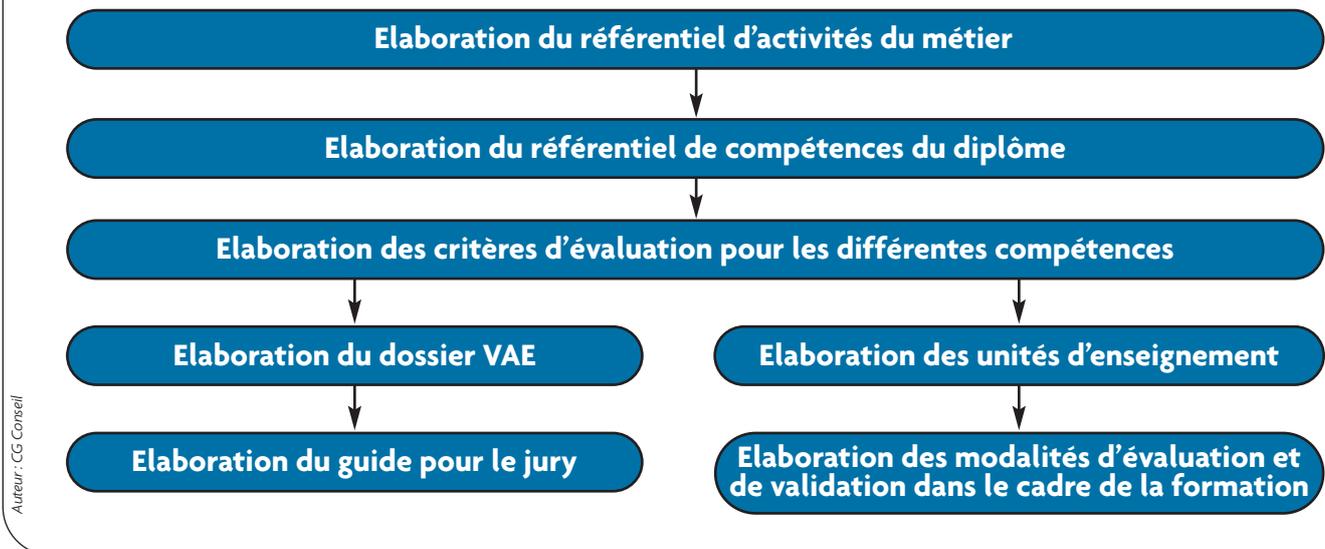
Offrir la possibilité de poursuivre un cursus universitaire et intégrer la formation dans le cadre du LMD.

Les apports de la réingénierie des diplômes :

Description détaillée et précise des activités des professionnels et des compétences requises, approche nouvelle du métier, reconnaissance de compétences et mise en évidence de compétences communes à différents métiers, ouverture de passerelles d'un métier à l'autre, mise en place de la VAE.



Les différentes étapes d'élaboration du diplôme



Dans ce programme de travail, nous sommes au stade de la seconde réunion d'élaboration et validation du référentiel de compétence, le référentiel d'activité ayant été validé.

Comme il est toujours préférable d'anticiper, parallèlement à ce travail, nous avons avec la commission G4-manipulateur et les représentants de l'AFPPE et du Comité d'Harmonisation organisé une réunion de réflexion sur le niveau M, quelles activités, quelles compétences ? Réflexion menée notamment au regard de la loi HPST et du décret du 31 décembre 2009 définissant les dispositions de coopération entre professionnels de santé.

Les positions ont été clairement exprimées, le niveau M doit permettre l'accession pour les manipulateurs qui souhaitent s'engager dans cette formation complémentaire à un certain nombre de pratiques avancées et notamment certains examens d'échographie. Le comité d'harmonisation et les médecins radiologues ont une approche commune et confirment la nécessité d'un haut niveau d'exigence de formation pour lequel nous attendons une implication forte des enseignants tant au niveau de la formation initiale que du développement professionnel continu (DPC).

Cette approche est partagée par l'ensemble des membres du conseil professionnel de la radiologie G4 qui, représenté par Jean-Pierre PRUVO et Laurent VERZAUX, a pu exprimer ce point de vue lors de la réunion du comité d'harmonisation de Lille.

Il y a été rappelé :

- La formation actuelle des manipulateurs est de grande qualité, elle doit être conservée de même que la formation pluridisciplinaire.
- Le manipulateur appartient à une équipe d'imagerie et ou de radiothérapie qui prend en charge les patients selon les référentiels élaborés par la profession.
- Il faut pouvoir offrir de nouvelles évolutions professionnelles aux manipulateurs pour leur proposer des perspectives de carrières complémentaires aux filières de cadres et de formateurs.
- A terme le LMD doit pouvoir faciliter les évolutions professionnelles et la progression dans la carrière en permettant

aux manipulateurs d'évoluer dans leur métier dans au moins trois directions supplémentaires :

- L'ingénierie (Systèmes d'information et d'archivage réseaux informatiques, technologies d'imagerie, radioprotection...)
- La recherche clinique et/ou technologique ;
- Les pratiques avancées (échographie, dosimétrie clinique...)

- Les besoins des médecins radiologues ont été rappelés :
 - Pouvoir compter sur des manipulateurs de plus en plus compétents et capables de s'adapter aux évolutions technologiques et à celles de la pratique médicale (hyper-spécialisation) ;
 - Relever les défis de la baisse démographique 2015 – 2030 et des besoins croissants en imagerie des patients et des médecins cliniciens ;
 - Renforcer la recherche clinique et technologique et développer la formation initiale et continue ;
 - Développer les nouvelles coopérations et la télémédecine, notamment dans le cadre territorial, pour améliorer l'accessibilité des patients à la meilleure qualité radiologique possible.
- Les propositions suivantes ont été faites :
 - Développer les liens entre les enseignants de radiologie et les formateurs de manipulateurs pour faciliter leur universitarisation ;
 - Développer conjointement la recherche ;
 - Développer des formations communes ;
 - Travailler ensemble sur l'organisation des masters et conditions de validation des acquis professionnels (VAE), enseignements académiques complémentaires (techniques, médicales, et formation à et par la recherche).

C'est dans ce contexte et climat de confiance réciproque que nous continuons à travailler à l'amélioration de l'organisation de notre spécialité avec l'objectif de toujours améliorer le service médical rendu aux patients. ■

Dr Laurent VERZAUX
Secrétaire général de la FNMR



1) Commission G4-Manipulateurs

SFR : J.-F. MEDER, J. BRETON

FNMR : L. VERZAUX, J.-L. DEHAENE

SRH : P. CART, L. BRUNEREAU

CERF : H. VERNAIS, O. ERNTZ

2) Membres du groupe de travail ministériel

L. BRUNEREAU et L. VERZAUX

3) Extrait de Wikipédia

La réforme LMD (pour « Licence-Master-Doctorat ») désigne un ensemble de mesures modifiant le système d'enseignement supérieur français pour l'adapter aux standards européens.

Elle met en place principalement une architecture basée sur trois grades : licence, master et doctorat; une organisation des enseignements en semestres et unités d'enseignement; la mise en œuvre des crédits européens et par la délivrance d'une annexe descriptive au diplôme.

Les textes fondateurs de cette réforme sont parus en 2002, mais celle-ci s'est étalée sur plusieurs années, et en 2010 certaines formations, notamment celles de santé n'ont pas été modifiées.

4) Extrait du site ministériel :

www.enseignementsup-recherche.gouv.fr

Dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur européens, le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois diplômes : la licence, le master et le doctorat. Cette nouvelle organisation, dite "L.M.D.", permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales.

- Les degrés de diplômes
- Le semestre comme unité
- Des crédits capitalisables et transférables
- Les anciens diplômes

Les degrés de diplômes

La licence

Le dispositif français crée un nouveau diplôme de licence qui se prépare en six semestres. Il se substitue à l'ancien diplôme d'études universitaires générales (D.E.U.G.) en deux ans suivi de la licence en un an. En revanche, les brevets de technicien supérieurs (B.T.S.), les diplômes universitaires de technologie (D.U.T.), les diplômes d'études universitaires scientifiques et techniques (D.E.U.S.T.) et la licence professionnelle demeurent. Les étudiants de B.T.S., D.U.T. ou D.E.U.S.T. ainsi que les élèves des classes préparatoires aux grandes écoles peuvent demander à intégrer la préparation de cette nouvelle licence.

Les étudiants ayant obtenu leur B.T.S., D.U.T. ou D.E.U.S.T. ou

ayant validé les quatre premiers semestres de la nouvelle licence peuvent demander à entrer en licence professionnelle. Cette dernière continue à se préparer en deux semestres.

Le master

A l'issue de la licence, les étudiants peuvent préparer le diplôme de master qui sanctionne des parcours types de formation initiale ou continue répondant à un double objectif :

- préparer les étudiants, via les études doctorales, à se destiner à la recherche ;
- leur offrir un parcours menant à une qualification et une insertion professionnelle de haut niveau.

Il se prépare en quatre semestres (il correspond à un diplôme bac + 5 années d'études).

Le doctorat

A l'issue du cursus Master, les étudiants peuvent s'inscrire en vue de préparer un doctorat. Tous les étudiants titulaires du grade de Master peuvent se porter candidat à une inscription en thèse de doctorat, qu'ils aient obtenu un diplôme de master voie recherche ou voie professionnelle, ou qu'ils soient titulaires d'un titre d'ingénieur ou un diplôme d'école supérieure de commerce conférant le grade de Master. La durée de préparation du doctorat est en règle générale de trois ans (il correspond à un diplôme bac + 8 années d'étude).

Le semestre comme unité

Les formations universitaires sont désormais organisées en semestres. L'année universitaire en France se décompose en deux semestres qui se répartissent ainsi :

- premier semestre : de début octobre à fin janvier
- second semestre : de début février à fin mai

Les périodes d'examen se situent à la fin de chaque semestre. Au mois de septembre, la session de rattrapage a lieu en général entre la 2^e et la 3^e semaine du mois.

Des crédits capitalisables et transférables

Chaque semestre d'études est affecté de 30 crédits ou E.C.T.S. (European Credit Transfert System), **communs à de nombreux pays européens** : en licence, 6 semestres validés soit au total 180 crédits ; en master 4 semestres validés soit au total 300 crédits. Chaque enseignement du semestre reçoit un nombre de crédits proportionnel au temps que l'étudiant doit y consacrer et qui inclut le travail personnel. Dans le cadre de leur contrat pédagogique, **les étudiants peuvent acquérir des crédits dans des établissements d'enseignement supérieur à l'étranger**. Les crédits sont également transférables d'un parcours à l'autre (sous réserve d'acceptation de l'équipe pédagogique). Le parcours universitaire organisé en crédits est ainsi moins rigide, plus personnalisé qu'auparavant et permet aux étudiants de découvrir d'autres disciplines avec le seul impératif de conserver un cursus cohérent. ■

Dr Michel BORENSTEIN

Michel BORENSTEIN est né en 1935, issu d'une famille de la grande bourgeoisie de Varsovie.

Sauvé du ghetto par un proche, il sera le seul survivant de sa famille de la Shoah.

Cette période dramatique le marquera à vie et en fera un écorché vif, qu'il restera pendant toute son existence.

Orphelin, arrivé en France en 1946, il obtiendra la nationalité française et entamera ses études à Paris puis à Strasbourg où il étudiera la médecine et la radiologie.

Affecté pendant son service militaire et en coopération en Algérie et au Congo, il sera le médecin du Président et du Gouvernement et de la jeune République Congolaise.

A son retour en France, il exercera la radiologie en clinique et en cabinet privé.

Syndicaliste engagé de la première heure, ayant la culture de l'action collective, il sera de toutes les actions et avec ceux qui étaient à l'initiative de la première expérience européenne du dépistage des maladies du sein et du premier plateau alsacien de l'imagerie médicale.

Membre du Bureau des instances syndicales Alsaciennes, il était un trésorier d'une grande efficacité.

Michel nous a quittés le 22 avril de cette année, emporté par la maladie supportée avec grand courage.

En partageant notre peine, nous adressons nos vives condoléances à son épouse Liliane et à son fils Stanislas dont il était si fier.

Docteur Roger WAHL



- 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



L'annonce des résultats en imagerie oncologique ou en sénologie

Savoir communiquer avec son patient : cela s'apprend !

Entretenir une bonne relation avec son patient lui permet une meilleure compréhension de sa pathologie, une bonne compliance dans la réalisation de son suivi en imagerie et diminue de manière significative les suites judiciaires éventuelles.

Nous vous proposons, dans une formation d'une journée, de vous donner les grands principes de la communication et surtout de vous permettre de vous entraîner à communiquer grâce à des saynètes jouées par des comédiens, vous serez ainsi co-acteurs et vous pourrez améliorer de manière rapide votre communication.

Venez COMMUNIQUER ...

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux MÉDECINS
RADIOLOGUES**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions par ordre de réception du courrier)

L'ANNONCE DES RESULTATS EN IMAGERIE ONCOLOGIQUE OU EN SENOLOGIE

PARIS : 8 octobre 2010

Le Dr Nom : _____ Prénom : _____

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____ Date de naissance : _____
(renseignement obligatoire)

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Désire s'inscrire à la formation : **ANNONCE DES RESULTATS du 8 OCTOBRE 2010**

Fait le :

Signature :

Modalités d'inscription :

joindre un chèque de règlement du montant suivant pour inscription dans ce séminaire :

Adhérent FNMR : 385,00 €uros Non adhérent : 445,00 €uros

Une convention facture vous sera adressée après formation, à encaissement du règlement.

En cas de désistement, et sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le début de la session, un montant de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.

N.B. : Les frais de transport et d'hôtellerie (hors déjeuner) sont en sus à votre charge.

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux RADIOLOGUES
et aux PERSONNELS
des SERVICES D'IMAGERIE**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions par ordre de réception du courrier)

Sous l'égide de la FNMR et de la SFR avec la collaboration de GUERBET

LANCER ET REUSSIR SON LABEL QUALITE EN IMAGERIE PARIS : 05 - 06 novembre 2010

Madame Monsieur Docteur

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Adresse : _____

N° SIRET : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Désire participer au séminaire à la date du : **05 - 06 NOVEMBRE 2010 à PARIS**

Fait le :

Signature :

Le prix de revient de cette formation est de 680 € par personne pour les deux jours.

Modalités d'inscription par participant et par session : POUR LE PERSONNEL :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL :

Joindre un chèque de **300 €uros** ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire.
Ce chèque sera retourné après participation à la formation.

Hôpitaux, Centres de Santé, Mairies ou Cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de **680 €uros**, par personne, à l'ordre de FORCOMED **en règlement** d'une inscription dans le séminaire.
Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat.

Modalités d'inscription par participant et par session : POUR LE RADIOLOGUE :

Joindre le chèque correspondant pour règlement de votre inscription dans ce séminaire.
Une facture vous sera adressée après formation.

Adhérent FNMR : 590,00 €uros

Non adhérent : 680,00 €uros

N.B. 1 : En cas de désistement et en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.

N.B. 2 : Les frais de transport et d'hôtellerie (hors déjeuners) sont en sus à votre charge.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9670 06 – NICE centre ville, cède parts cab privé de 10 radiols. 3 sites. Large accès TDM et IRM. Activité radio gen, séno, interventionnel.

Tel : 06.28.23.44.49.

Email : rp@multimer.com

9671 09 – PAMIERS, groupement 3 radiols ch nouvel associé : radio, scan, IRM. Vacations scan et IRM en augmentation. Possibilité de développer des vacations d'interventionnel.

Email : direction.narboscan@orange.fr

9672 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

9673 16 – 16 – groupe 15 radiols, cabinets, clin (200 lits), scan et IRM, ch radiol pour succession.

Tel : 05.45.97.88.47.

Email : mguymichel@aol.com

9674 – Groupe radiologique dans ville 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).

9675 33 – BORDEAUX. Cab libéral ch 3^{ème} associé. 2 mammos num dont 1 capteur plan, écho, conventionnel, ostéo, vacations scan et IRM, PACS. Structure SELARL.

Tel : 05.56.78.89.29 ou 06.10.07.39.30.

Email : echoradioceastas@wanadoo.fr

9676 34 – MONTPELLIER, cause retraite cède parts SELARL, SCM dans groupe 8 radiols. Radio conv num, séno num dépistage agréé, écho, doppler, ostéo, scan, IRM. Temps plein ou partiel selon convenance.

Tel : 06.87.81.75.41.

9677 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.

9678 – MORBIHAN, proche de Vannes, cause départ cherche 3^{ème} associé(e). Cabinet de ville, 1 seul site, plateau technique performant. Radio num, mammo, num, écho, doppler, accès TDM et IRM. Ni garde, ni astreinte.

Tel : 06.64.15.20.28 ou 06.68.34.15.18.

Email : cim56broceliande@orange.fr

9679 69 – LYON nord est, groupe radiols, 2 cabs, 1 polyclin, 1 scan, accès 3 IRM ch associé. Pas d'apport exigé.

Tel : 06.09.49.53.77.

Email : klingerlau@aol.com

9680 – THONON LES BAINS et GAILLARD, groupe radio ch successeur. Activité clinique, IRM, scan. Secteur II souhaitable. Orientation ostéoarticulaire.

Contacts : Drs TOURNUT-CHAKRA

ou CRAIGHERO : 04.50.81.80.80 ou

Drs LAHAROTTE ou FINCK : 04.50.87.28.09

9681 – Ouest parisien, groupe de radiols secteur 2 ch nouvel associé pour suivre expansion IRM.

Tel : 06.86.99.99.41.

9682 – MARTINIQUE, SELARL 4 associés, radio gen, séno, écho, accès TDM et IRM, ch associé.

Email : radiogalion@wanadoo.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 2^{ème} trimestre 2010

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