

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

JANVIER # 354  
2013



Le journal de la FNMR

[fnmr.org](http://fnmr.org)



**MISSIONS ET ACTIONS  
DU MÉDECIN RADIOLOGUE  
DANS LE PARCOURS  
DE SOINS DES PATIENTS**

Dossier du mois



Fédération  
Nationale des  
Médecins  
Radiologues

# L'adhésion à la FNMR et votre carte d'adhérent vous donnent droit à divers avantages, outre la participation aux activités de votre syndicat local et de la Fédération :

- ➔ L'abonnement à la Revue du médecin radiologue
- ➔ L'abonnement à la lettre informatique hebdomadaire
- ➔ L'accès à la partie réservée du site internet de la FNMR
- ➔ L'accès à la partie réservée de l'application iPhone de la FNMR (et prochainement sur Android)
- ➔ Informations et renseignements juridiques, fiscaux et techniques
- ➔ Des tarifs préférentiels pour des consultations juridiques
- ➔ Des services ou prestations avec des tarifs préférentiels auprès de partenaires



[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)

@fnmr\_radiologue

C'est aussi :





## 2013

L'année 2013 sera décisive, comme toutes les autres... Ce début d'année est propice aux « âmes grises » et la liste des préoccupations est bien longue.

La cacophonie ambiante sur fond de crise aggravée rend difficile une analyse sereine de la situation dans une société crispée. La réaction du monde hospitalier concernant le pacte de compétitivité est un exemple frappant. La notion de distorsion de concurrence est un concept assez étonnant dans ce monde où le secteur public bénéficie d'avantages considérables. Le dogmatisme l'emporte sur la réalité économique, là comme ailleurs.

La distorsion de l'ONDAM entre la ville et l'hôpital est un exemple tout à fait démonstratif. Malgré le respect, voire la sous exécution de l'ONDAM de la médecine de ville, les mesures prises à l'encontre des médecins libéraux de façon répétée, toutes spécialités confondues, sont autant d'attaques injustifiées et contre-productives.

Une convention suppose le respect des engagements des deux parties. Les manœuvres obliques, notamment celles portant sur le financement du « développement professionnel continu », ou DPC, traduisent des comportements inacceptables qui ne peuvent que générer une défiance accrue. L'application immédiate de mesures défavorables et le report incessant de mesures « favorables » sont devenus intolérables.

La trame de fond est sans aucun doute plus inquiétante encore que ces éléments de discorde. L'étatisation du

système de santé est en marche depuis 1996, plan Juppé, et on assiste à une accélération voulue par le politique, soutenu par une administration qui n'attendait que cela, ne serait-ce que pour justifier son existence.

Les modèles d'étatisation complète du système de santé sont pourtant bien là pour démontrer leur échec, sévère et durable, avec sa pénurie d'offre et ses files d'attente. Or, dans la France d'aujourd'hui, cette pénurie et ces files d'attente existent déjà et seraient bien plus importantes sans le secteur libéral.

Il ne fait aucun doute que notre système doit évoluer pour s'adapter aux enjeux du XXI<sup>e</sup> siècle, mais appliquer des recettes d'un autre âge revient à tuer le système plutôt que de le faire évoluer. Les principes fondamentaux du système à la française – Sécurité sociale, liberté de choix, coexistence des deux secteurs – sont gravement menacés sans aucun bénéfice pour le patient ni aucun débat politique sincère ni aucune transparence. Il est clair qu'aucune mandature ne rattrape l'autre et les médecins, radiologues ou non, devront se mobiliser avec leurs patients pour défendre la médecine à laquelle ils croient tous.

La FNMR fera tout ce qui est nécessaire pour défendre le secteur libéral de l'imagerie médicale dont la compétence et le dynamisme sont au service du patient, dans une accessibilité technique et financière profitable à la société française dans son ensemble.

Docteur Jacques NINEY  
Président de la FNMR

## sommaire # 354

■ Missions et actions du médecin radiologue :	
Les métiers de l'imagerie	04
Radiologie et imagerie médicale : une spécialité à la croisée des chemins !	12
L'imagerie médicale : une évidence	15
Demain, quelles missions pour le radiologue ?	16
Le radiologue, un acteur essentiel aux côtés du généraliste	18
La radiologie vu par un clinicien	20
La médecine de proximité a besoin de ses radiologues de terrain	22
■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie	23
■ Hommage	23

■ Radioprotection :	
Les formations PCR	24
Témoignage d'un participant à une formation	25
Autre témoignage d'un participant	26
■ Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2013	27
■ Lecture	27
■ La FNMR aux JFR 2012	28
■ Vie fédérale	34
■ Petites annonces	38

## Annonces

BRACCO	11
FORCOMED	36 - 37
GUERBET	40
PMFR	39



## Les métiers de l'imagerie

A l'occasion des Journées Françaises de Radiologie 2012, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a publié un ouvrage « Les métiers de l'imagerie médicale <sup>1</sup> » destiné à faire découvrir ou mieux connaître le métier du médecin radiologue.

A l'occasion des Journées Françaises de Radiologie 2012, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a publié un ouvrage « Les métiers de l'imagerie médicale » destiné à faire découvrir ou mieux connaître le métier du médecin radiologue.

La spécialité des médecins radiologues se situe, aujourd'hui, au cœur du parcours de soins du patient. Au fil des progrès techniques, l'imagerie médicale s'est développée autour du diagnostic mais elle intervient aussi dans la prévention, les traitements et les actions de santé publique.

Les médecins radiologues libéraux sont aussi des chefs d'entreprise qui investissent dans des équipements de pointe, emploient des dizaines de milliers de collaborateurs, gèrent des cabinets ou des centres d'imagerie présents sur tout le territoire.

“ Les métiers de l'imagerie ” expose toutes les facettes de l'activité des médecins radiologues. Nous nous inspirerons de quelques articles seulement de l'ouvrage pour aborder plus directement les missions et actions du médecin radiologue. La lecture de ce livre vous permettra de compléter cet article par des analyses approfondies de l'ensemble des dimensions de l'activité des médecins radiologues.

### I Les métiers du médecin radiologue

Généraliste ou spécialiste d'organe, le médecin radiologue a désormais un rôle pivot dans la décision médicale au bénéfice du patient.

#### MEDECIN RADIOLOGUE GENERALISTE OU SPECIALISTE

Le médecin radiologue libéral est, à l'origine, un généraliste de l'imagerie qui exerçait principalement en cabinet isolé.

<sup>1</sup> “ Les métiers de l'imagerie médicale ” – Fédération Nationale des Médecins Radiologues - 2012 – 15€

<sup>2</sup> Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), Société Française de Radiologie (SFR), Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH), Collège des Enseignants de Radiologie de France (CERF).

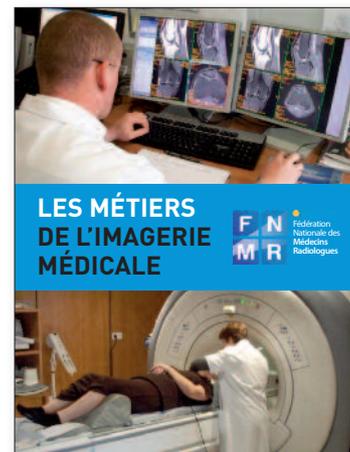
Les développements technologiques avec la radiographie numérisée, l'échographie, le scanner, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'imagerie moléculaire en tomographie par émission de positons (TEP) l'ont conduit à s'associer avec d'autres confrères pour constituer des plateaux techniques mutualisés avec l'hôpital ou les cliniques privées.

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) se sont dotés de services de radiologie spécialisée (neuroradiologie, radiopédiatrie, imagerie vasculaire et interventionnelle, imagerie urinaire, imagerie gynécologique, imagerie ostéo-articulaire ...), pour répondre aux besoins des services cliniques et chirurgicaux tout en participant à la recherche. Cette évolution reflète une tendance à la surspécialisation des jeunes médecins radiologues et justifie d'autant plus la mutualisation des compétences.

Pour répondre aux exigences de la spécialisation et de la mutualisation, la profession, au travers de son conseil professionnel (G4), qui regroupe tous les acteurs de la radiologie française <sup>2</sup>, a développé un projet professionnel commun (PPC) permettant de regrouper des moyens humains et matériels, par définition limités, afin d'assurer sur tout le territoire une offre d'imagerie.

#### ACTEUR MAJEUR DE LA DECISION MEDICALE

C'est l'évolution des techniques mises à sa disposition et son expertise qui placent le médecin radiologue au cœur de la décision médicale.



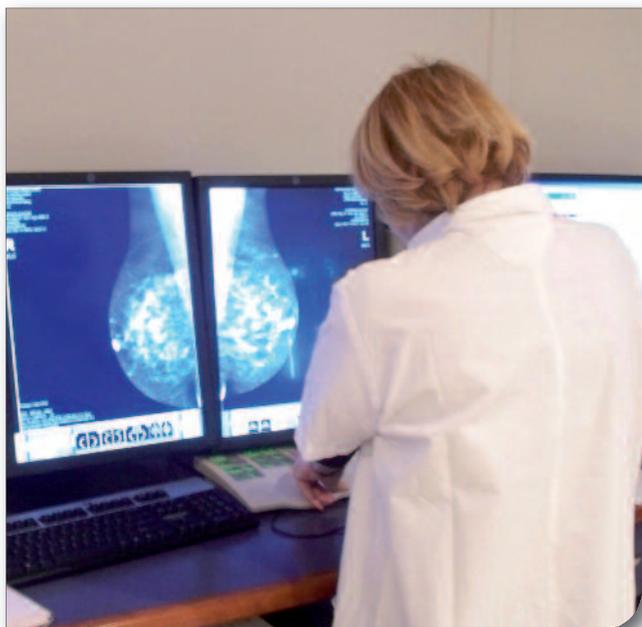
Durant les années 1955 à 1965, les radiologues devenus mono spécialistes, vont se recentrer sur le médical en étant progressivement déchargés des contraintes techniques. En 1972, apparaît le scanner crânien, puis le scanner corps entier. En parallèle, l'échographie permet pour la première fois de réaliser des explorations profondes sans avoir recours aux rayons X. En 1977, les premiers appareils d'imagerie par résonance magnétique apparaissent.

Ces évolutions majeures ont permis au médecin radiologue de poser des diagnostics de plus en plus fins. Ces techniques sont, aujourd'hui, aussi utilisées pour le traitement.

La sénologie illustre l'impact de l'évolution des techniques et du rôle

du radiologue à chaque étape de la prise en charge des patientes. La première étape est celle du dépistage mammographique dans le cabinet de radiologie. Le radiologue pose un diagnostic et, éventuellement, indique la nécessité d'un examen complémentaire (échographie mammaire, microbiopsie sous échographie, macrobiopsie stéréotaxique ou IRM). Si une lésion devant faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique est dépistée, le radiologue présente le dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire. Une fois l'indication chirurgicale posée, il intervient pour repérer la lésion avant l'intervention. Il assurera aussi le suivi des patientes opérées par un bilan.

*“La mutualisation des ressources médicales humaines et matérielles, entre établissements publics et privés permet d'améliorer l'efficacité et doit contribuer à la constitution de plateaux techniques d'imagerie complets et diversifiés.”*



Dans la prise en charge des urgences ou en cas d'hospitalisation, le patient bénéficie d'un bilan d'imagerie par le médecin radiologue qui pose un diagnostic permettant ensuite une meilleure orientation et/ou traitement du patient.

Enfin dans certaines pathologies, le médecin radiologue peut avoir un rôle thérapeutique. C'est le domaine de la radiologie interventionnelle. Certaines lésions vasculaires, certaines tumeurs ou certaines lésions osseuses sont prises en charge directement par le radiologue. En pathologie rachidienne, il peut pratiquer des infiltrations sous scanner pour soulager un patient.

### LA PERMANENCE DES SOINS

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a érigé la permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES) en mission de service public pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge.

La mutualisation des ressources médicales humaines et matérielles, entre établissements publics et privés permet d'améliorer l'efficacité et doit contribuer à la constitution de plateaux techniques d'imagerie complets et diversifiés. C'est sur la base d'un projet médical commun d'imagerie, en accord avec les autres spécialistes que ces plateaux assurent la permanence des soins en imagerie favorisant l'accès à l'ensemble des techniques d'imagerie et l'intervention de radiologues spécialistes d'organe.

L'introduction de la télé-médecine va pallier, en partie seulement, la pénurie d'effectifs radiologiques et contribuera aussi à la PDS. Mais les actes de télé-radiologie sont des actes médicaux qui doivent respecter les principes de la charte de télé-radiologie rédigée par le conseil professionnel de la radiologie. La télé-radiologie permet à des services d'urgence de bénéficier d'un avis spécialisé dans le cadre d'un télé-diagnostic ou d'une télé-expertise. Cette téléconsultation entre une structure de médecine d'urgence et un service d'imagerie médicale repose sur une procédure très stricte.

La radiologie interventionnelle, qui comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs réalisés sous contrôle d'un moyen d'imagerie : radiographie, échographie et scanner, concerne des examens programmés mais aussi des actes d'urgence dans le cadre de la permanence ou de la continuité des soins. Pour les actes intermédiaires de type II, il peut y avoir des difficultés d'organisation à la mise en place des plateaux techniques adaptés dans chaque territoire de santé ; des partenariats publics-privés peuvent réussir à créer les équipes médicales nécessaires à la réalisation de ces actes spécifiques.

## LE RADIOLOGUE, UN ACTEUR DE LA SANTE PUBLIQUE

Un autre des aspects de l'activité des radiologues est leur participation aux actions de santé publique. Dès l'apparition de la discipline, la radiographie thoracique a permis de diagnostiquer la tuberculose pulmonaire. Elle a contribué, intégrée dans le bilan de la médecine du travail, à dépister et à éradiquer la tuberculose en France.

Plus récemment, c'est à l'initiative des radiologues libéraux, avec la FNMR, qu'ont débuté les premières campagnes de dépistage des cancers du sein (Bas-Rhin 1987, Bouches-du-Rhône 1988). Les radiologues ont été moteurs dans la conception du programme national actuel, dans son déploiement et son suivi.

Des cahiers des charges, opposables, définissent le rôle de chacun des participants. Les radiologues ont accepté un contrôle technique de leurs machines, une deuxième, voire une troisième lecture, de leurs clichés par un confrère, un seuil minimal d'activité, des formations spécifiques obligatoires pour eux et leurs personnels, d'envoyer leurs données pour évaluation à une structure de gestion départementale. Il a fallu aussi définir les critères pour qu'un radiologue soit deuxième lecteur et mettre en place une formation spécifique pour « ce nouveau métier ». La profession a créé une association de formation médicale continue (FORCOMED) qui forme tous les radiologues, les manipulateurs et les secrétaires, condition obligatoire à la participation au programme. Elle a aussi créé l'association QUALIM, regroupant les radio-physiciens, les ingénieurs biomédicaux, les manipulateurs et les radiologues pour aider à la première étape d'un contrôle de qualité externe des appareils, indépendant de la maintenance par les industriels.

Les évolutions technologiques sont prises en compte. Ainsi, lors de l'apparition des systèmes de mammographie numérique le même processus a précédé leur intégration dans le programme.

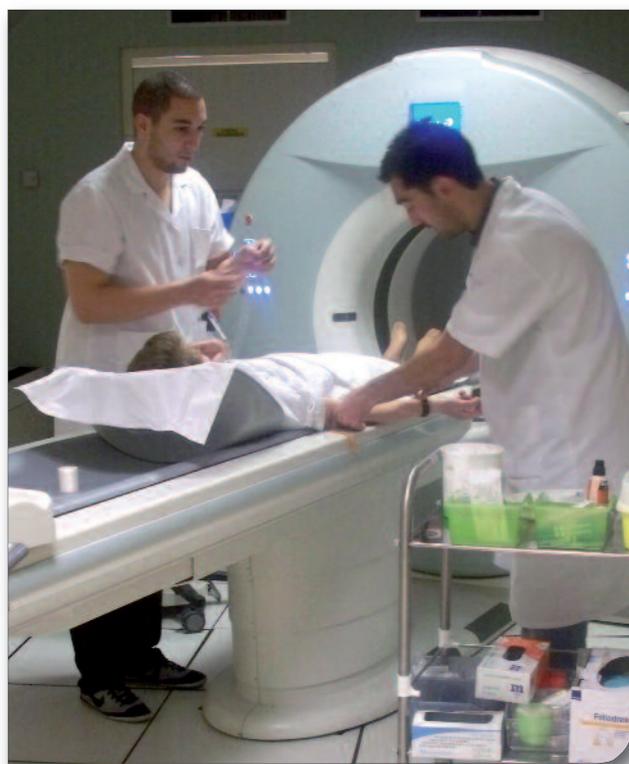
Pour se donner les moyens de comprendre avant d'agir, la profession a mis en place un observatoire de la pratique, SENOLOG, auquel tous les radiologues libéraux sont tenus d'adresser leur activité en sénologie diagnostique, dépistage, échographique, scanner, IRM ou interventionnelle. Cet observatoire, qui collecte environ 3 millions d'actes par an (environ 80% de l'activité en France), permet au travers des différentes requêtes possibles d'établir l'état des lieux instantané.

Les radiologues sont prêts à participer à d'autres actions en apportant leur expérience. D'ores et déjà, ils sont partie prenante dans l'amélioration de la prise en charge des cancers, dans le dépistage des trisomies lors des échographies de grossesse du 1<sup>er</sup> trimestre. D'autres actions sont prévisibles à moyen terme : le dépistage des

mésothéliums dans les populations à risque par le scanner low-dose, l'application de la coloscopie virtuelle dans le dépistage des cancers colique ...

## LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

La vocation interventionnelle de l'imagerie intervient chaque fois que le médecin radiologue doit accéder à la lésion dans une visée diagnostique ou thérapeutique. Très schématiquement, on pourrait dire que, grâce aux différentes techniques de guidage par imagerie, l'aiguille a remplacé le scalpel ! Il n'y a pas d'opposition entre la chirurgie, théoriquement plus invasive, et la radiologie interventionnelle réputée plus aveugle; l'essentiel étant de bien hiérarchiser les gestes successifs diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance.



Trois grands champs d'activité sont concernés par la radiologie interventionnelle : la cancérologie, la pathologie vasculaire et les gestes à visée antalgique.

On peut citer certains axes de développement : le couplage de différentes imageries (fusion d'images et imagerie fonctionnelle), l'utilisation de l'IRM, la thérapeutique in situ des tumeurs... Le corollaire et le risque des progrès techniques est l'hyperspécialisation des radiologues, l'évolution se faisant vers des spécialistes d'organe (plus que de technique) avec une intégration naturelle et nécessaire au sein des équipes médicales et chirurgicales.

## LA DELEGATION DE TACHES EN IMAGERIE

Les radiologues n'ont pas attendu la loi HPST, qui instaure les coopérations interprofessionnelles, pour mettre en place des délégations de tâches dans leurs services tant publics que privés. Ces coopérations sont inhérentes à la profession, le radiologue n'intervenant pas seul. Il s'inscrit dans l'équipe médicale qui entoure le patient. Mais il est aussi accompagné dans son exercice par des collaborateurs.

L'apparition des tables télécommandées a marqué le début de réelles délégations de tâches et la création d'un nouveau métier, celui de manipulateur/trice. Ces matériels ont en effet permis de concevoir de réels protocoles d'examen des patients en fonction de la zone anatomique à explorer et du contexte clinique de la demande d'examen.

Les radiologues, ainsi aidés, ont aussi pu consacrer plus de temps à des techniques invasives coûteuses en temps médecin telle que la radiologie vasculaire.

L'échographie a constitué une autre étape de la délégation de tâches auprès des manipulateurs/trices. L'avènement de l'imagerie en coupe constitue une nouvelle ère de la délégation de tâches qui là encore s'est déroulée en plusieurs phases.

Les infirmiers/ières, dans un certain nombre d'unités ou de services, jouent aussi un rôle important dans la préparation des malades notamment avant les examens d'imagerie en coupe. Le personnel chargé de l'accueil et du secrétariat assure, lui aussi, un certain nombre de tâches qui lui sont déléguées.

Ces exemples montrent que chaque évolution technologique s'est accompagnée d'une évolution des



tâches déléguées à des personnels formés. Les contraintes démographiques rendent nécessaire de nouvelles formes de coopérations et délégations de tâches avec les collaborateurs/trices manipulateurs/trices.

## II L'environnement

### LA DEMARCHE QUALITE EN IMAGERIE MEDICALE

Le dépistage du cancer du sein a permis aux radiologues de s'engager dans une démarche qualité. A l'initiative de la FNMR, cette expérience a été élargie à une procédure de labellisation des cabinets et des services d'imagerie médicale, sous le nom de « Labelix ».

L'obtention du label, lancé en 2003, nécessite le respect d'exigences allant au-delà des obligations réglementaires. Cette démarche se fait en cohérence avec la procédure de certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La labellisation promeut la qualité de la prise en charge des patients en impliquant tous les acteurs du cabinet : secrétaires, manipulateurs et médecins. Le patient, et sa sécurité, sont au centre des préoccupations d'amélioration des pratiques, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la remise du résultat des examens. L'information du patient est prioritaire, concernant la préparation et le déroulement des examens, le temps nécessaire pour leur réalisation... cette information est adaptée à chaque patient. La sécurité de la prise en charge fait l'objet d'une attention particulière depuis le respect de règles d'hygiène stricte, à la radioprotection, à la prise en charge d'éventuels incidents ou accidents.

Cent-vingt centres ou services sont déjà engagés dans la labellisation. Un bilan a montré une amélioration concrète de leur fonctionnement. La HAS a reconnu la valeur des travaux et devrait valider cette approche dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie suit le projet et souhaite l'intégration d'un maximum de structures assurant au patient un niveau de qualité reconnu. Un représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins est présent au collège de labellisation et réfléchit aux conditions dans lesquelles la labellisation pourrait être portée à la connaissance des patients dans le respect des règles déontologiques.

*“ Le patient, et sa sécurité, sont au centre des préoccupations d'amélioration des pratiques. ”*

La FNMR et le G4 travaillent à la transformation de la labellisation en une certification de service.

## LE MEDECIN RADIOLOGUE, GESTIONNAIRE DE L'EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS IONISANTS

Les rayonnements ionisants (RI) restent au cœur du métier, du fait de leur ancienneté mais aussi de leur utilisation actuelle en radiologie conventionnelle, en radiologie interventionnelle et en scanner.

Les RI n'existent que pendant des temps très brefs juste au moment de la prise des clichés : quelques millisecondes en radiographie conventionnelle, quelques secondes en scanner. La radiologie interventionnelle est un peu à part, mais il n'existe aucun problème de potentielle contamination interne ou externe et aucune rémanence après l'exposition.

Les RI sont potentiellement dangereux et font l'objet de dispositions réglementaires spécifiques particulièrement rigoureuses et contraignantes, communes à toute l'Europe.

En pratique, pour la plupart des examens radiologiques, les effets biologiques des RI sur les patients sont nuls ou hypothétiques. Il est essentiel de souligner que le bénéfice d'un diagnostic et de la prise en charge adéquate qui en découle est évidemment très supérieur aux risques hypothétiques encourus par le patient exposé.

Les règles de radioprotection se déclinent différemment selon que l'on s'intéresse aux patients bénéficiant des examens, au personnel réalisant ces examens (médecins, manipulateurs en électroradiologie, voire d'autres personnels de manière plus rare en fonction des structures : blocs opératoires, secrétariats, correspondants de santé...). Naturellement des dispositions doivent également être prises pour la protection du public et de l'environnement. Une catégorie intermédiaire est représentée par les accompagnants.

Le radiologue a maintenant un rôle central dans la prise en charge des patients puisqu'il est le correspondant naturel des médecins traitants et de tous les autres spécialistes, tant en ville qu'en établissement. Lui seul est capable de maîtriser la totalité de la chaîne radiologique dans tous ses aspects, technique, réglementaire et médical, notamment celui de la radioprotection.

## III L'innovation

### LE MEDECIN RADIOLOGUE, INNOVATEUR EN SANTE

Le radiologue est au carrefour de l'innovation par la dualité de son exercice, unique dans la profession de médecin. Ses responsabilités sont doubles et placées sous le signe de l'innovation comme médecin et comme investisseur/-gestionnaire par nécessité. Il doit initier et reconnaître l'innovation en imagerie médicale, accompagner son

développement et sa diffusion auprès des autres médecins et des pouvoirs publics.

Les cycles d'innovation se sont raccourcis bien avant la crise économique. Entre 1970 et 1980, le scanner à rayons X puis l'IRM sont apparus. Le TEP scanner n'a été que l'adaptation d'une technique connue en médecine nucléaire, la TEP, à une autre, la tomодensitométrie. Depuis, aucune nouveauté réelle n'est apparue car les systèmes de santé ne seraient pas capables de les absorber. Or, le scanner a été une véritable révolution technologique en associant l'informatique et la numérisation de l'image aux techniques utilisant des rayons X. Cette association a aussi permis le développement de la radiologie numérique et en particulier de l'imagerie vasculaire et de l'imagerie d'intervention.

L'IRM a suivi le scanner, moins de dix ans après, et a connu une évolution similaire, en partant de la tête, pour en arriver aux autres segments. Avec l'IRM, de nombreux progrès ont été faits dans le diagnostic, avec une plus grande sécurité et une innocuité totale. L'IRM ne devrait plus être une denrée rare, mais un instrument quotidien d'accès facile, aussi en bien en cancérologie qu'en gériatrie ou en pédiatrie.



Les médecins, radiologues ou non, comme les patients ont vite reconnu l'intérêt du scanner puis de l'IRM : les explorations agressives comme les encéphalographies gazeuses ou les myélographies ont vite disparu avant que d'autres procédures ne deviennent, à leur tour, obsolètes alors que les techniques se diffusaient.

Le parc français d'équipements lourds est le plus bas parmi les pays à développement comparable. Cette relative

pénurie est un frein au progrès médical. La régulation par les prix est un autre frein au développement des technologies d'imagerie. Ainsi, la radiologie d'intervention est encore dans certains domaines limitée par l'inertie du système qui rend difficile la prise en charge de certains actes.

La reconnaissance très tardive par les pouvoirs publics de la mammographie numérique a nécessité une formation accélérée, menée à bien par les radiologues libéraux grâce à FORCOMED. La dématérialisation des échanges pour la deuxième lecture est encore en attente malgré l'impact que le raccourcissement des cycles dans le dépistage organisé aurait sur la participation des femmes.

*“ Une nouvelle organisation de l'imagerie médicale doit désormais répondre aux attentes et aux contraintes actuelles et futures. C'est l'enjeu du projet professionnel commun. ”*

La numérisation de l'image permet l'installation de systèmes d'archivage et de transmission des images pilotés par le système d'information radiologique (RIS). La diffusion de l'information pertinente serait théoriquement à une

portée de clic si une volonté réelle existait. Les radiologues libéraux ont su utiliser ces systèmes pour constituer des bases de données en sénologie (SENOLOG) et en imagerie générale (OPIL) qui permettent d'avoir de véritables références d'activité et d'évolution. L'étape suivante est celle du dossier personnel. Les radiologues sont prêts avec un taux d'informatisation de 100 % et des systèmes opérationnels depuis des années.

## LA TELERADIOLOGIE

La téléradiologie est un des vecteurs d'avenir de l'imagerie tant sur le plan médical que de l'organisation de l'offre d'imagerie.

La téléradiologie est un acte médical et le téléradiologue est un médecin radiologue à part entière qui a accès à une nouvelle technique de radiologie comme le scanner ou l'IRM. La réalisation des actes de téléradiologie est donc soumise aux mêmes règles que les actes de radiologie, tant sur le plan déontologique que sur celui de la qualité technique.

Trois catégories d'actes ressortent de la téléradiologie :

- La télé expertise : réalisée entre radiologues sur un dossier particulier.
- Le télédiagnostic d'urgence qui est réalisé en l'absence d'un radiologue sur place, de façon ponctuelle, afin d'assurer la prise en charge médicale radiologique du patient.
- Le télédiagnostic réalisé de façon régulière en dehors du contexte de l'urgence.



Plusieurs textes encadrent la téléradiologie : la charte de la téléradiologie, le protocole de convention en téléradiologie.

La charte encadre l'activité et permet au téléradiologue d'exercer cette technique dans le respect de la qualité. Le patient reste, comme pour la radiologie classique, au centre de la démarche diagnostique, à travers le recueil de son consentement avant la réalisation de l'acte.

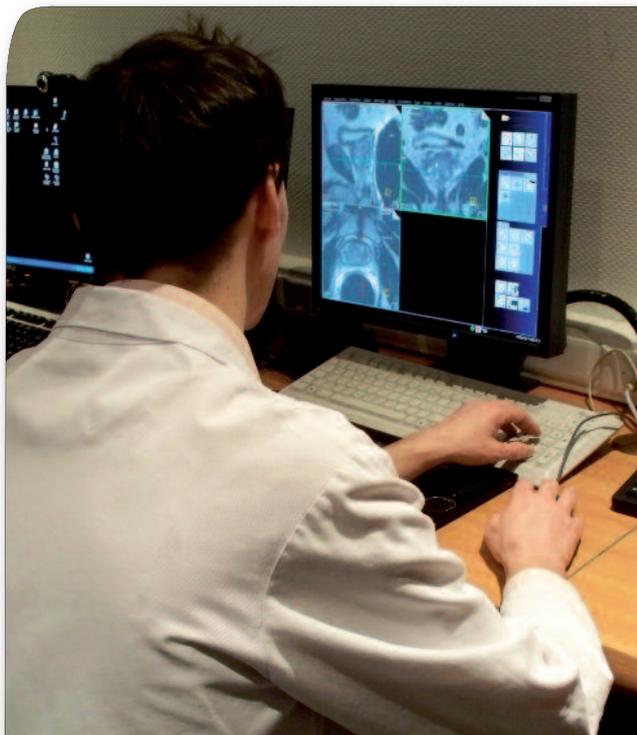
L'activité du téléradiologue ne peut se concevoir à travers un exercice isolé. Il doit être envisagé à travers des coopérations, notamment public-privé. L'insuffisance d'équipements d'imagerie en coupe, en scanner mais surtout en IRM, la baisse des effectifs de radiologues jouent aussi en faveur des coopérations.

## LE PROJET PROFESSIONNEL COMMUN

Dans l'esprit des patients, les frontières de territoires entre secteur public et secteur privé s'effacent. Le patient circule entre les structures, cherchant à optimiser son parcours de soins. De ce fait, le clivage historique entre les deux secteurs n'a plus de raison d'être. Une nouvelle organisation de l'imagerie médicale doit désormais répondre aux attentes et aux contraintes actuelles et futures. C'est l'enjeu du projet professionnel commun qui se fixe quatre objectifs :

- Assurer l'accès aux soins.
- Garantir la qualité des soins.
- Fluidifier le parcours de soins.
- Optimiser les séjours hospitaliers.

On voit donc que penser l'imagerie au niveau d'une zone géographique dans le cadre des Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM) ne peut se concevoir qu'avec l'aide de



la téléradiologie et des médecins radiologues qui la pratiquent, ce qui garantit un maillage territorial efficace pour la sécurité des patients.

L'implication des radiologues, à travers les conseils professionnels régionaux (G4), est fondamentale afin qu'ils ne soient pas exclus d'un système qui, une fois de plus, ne peut fonctionner sans eux.

## IV L'avenir : entre maillage territorial et plateaux techniques lourds

Garantir un accès aux soins pour tous, sur tout le territoire est le sujet au cœur des débats sur l'avenir du système de soins et dans chacun des plans régionaux de santé élaborés depuis la parution de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires. En imagerie, la tendance est au regroupement des moyens et des hommes sur des plateaux techniques dit « lourds ». Mais avec quelle organisation au regard des enjeux de proximité, autrement appelé le maillage territorial ?

Assurer une offre de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours :

Premier correspondant des médecins généralistes, le médecin radiologue, à travers son cabinet, est incontournable dans l'organisation de la médecine de proximité ou de premier recours. La radiologie est aussi au cœur de la prévention, par exemple avec le dépistage du cancer du sein. La permanence des soins doit aussi s'articuler avec l'imagerie, un patient sur deux aux urgences

ayant besoin d'un examen radiologique. Enfin, l'imagerie a un rôle thérapeutique lorsqu'il s'agit d'imagerie interventionnelle.

La réalité des contraintes économiques et démographiques imposent de nouvelles formes d'organisation pour assurer une offre en imagerie médicale de qualité la plus complète couvrant tous les « organes ». Les cabinets dits de proximité assurent, avec les médecins généralistes et la pharmacie, une médecine de premier recours dans de nombreuses petites villes. Au côté de ce maillage territorial s'est développé l'exercice en groupe et en établissement.

Dans les groupes, la radiologie générale est assurée au quotidien, par tous les radiologues, sur toutes les modalités techniques et tous les organes. Mais, chaque radiologue a un ou deux pôles de « compétence » plus poussée. Il apporte l'expertise dans son domaine d'excellence, ou un second avis, au sein de son groupe, si nécessaire, avec le recours possible à la télé-médecine. Les pôles les plus fréquents sont la sénologie, la radiologie pédiatrique, l'imagerie ostéo articulaire, et la neuroradiologie, ainsi que l'imagerie interventionnelle lorsqu'elle existe dans la structure.

Modalités organisationnelles, coût de fonctionnement, mutualisation par regroupement, exercice multi sites, tous ces éléments vont entraîner, avec l'effet démographique, des fermetures et des regroupements avec à la clef :

- Une fermeture des plus petits sites fragilisés par les baisses tarifaires d'où le risque de disparition du maillage territorial dans les départements les plus ruraux ou dans les quartiers difficiles.
- Des regroupements sur des plateaux techniques lourds partagés pour diminuer les coûts de fonctionnement et faciliter l'organisation médicale au sein des groupes.

L'avenir doit s'envisager par la promotion d'une réflexion partagée, territoire par territoire, s'appuyant sur des équipes de médecins radiologues, quel que soit leur secteur et mode d'exercice, organisés entre eux et volontaires pour élaborer puis mettre en œuvre un projet d'imagerie de territoire tenant compte de tous les enjeux de santé, garantissant un accès aux soins pour tous, ayant à disposition les moyens techniques nécessaires (plateaux techniques, outil de télé-médecine) et bénéficiant du soutien de tous les autres acteurs. ■

Wilfrid VINCENT  
Délégué général de la FNMR



Injecteur automatique unique pour scanner

# CT Exprès™ 3D

Le seul injecteur à 3 voies sans seringue pour une productivité optimale



## Sécurité

- Unidirectionnel, éliminant tout risque de rétrocontamination et contamination croisée.
- Détecteur d'air sur la ligne Patient.
- Détection d'occlusion.
- Set patient à usage unique.
- Rinçage automatique des axes veineux à la fin de chaque injection.
- Bolus pulsé pour optimiser la quantité de PdC injectée.
- Asepsie renforcée, pas de transfert de PdC (injection directe à partir du flacon de PdC).



## Simplicité

- Prêt en quelques secondes.
- Verrouillage et purge automatiques de la ligne patient.
- Manipulations simplifiées, sans seringue, injection à partir de tous types de flacons de PdC.
- 3<sup>ème</sup> voie pour le NaCl toujours disponible.



## Rapidité

- 2 voies d'injection pour 2 patients consécutifs + 1 voie NaCl disponible à tout moment.
- Chargement en un seul clic : pas de transfert du PdC du flacon à la seringue.
- Interface utilisateur ergonomique.
- Non captif, compatible tous types de PdC (flacons verre, plastique et poches, de 50 à 200 ml).

Swiss Medical Care ■■■

a Bracco Group company

www.swissmedcare.com



LIFE FROM INSIDE



# Radiologie et imagerie médicale : une spécialité à la croisée des chemins !

Démographie déclinante, baisse des revenus, baisse de la valeur des actes, recherche récurrente d'économies dans les dépenses de santé... les menaces s'amoncellent au-dessus des têtes des médecins radiologues. Pourtant, les opportunités d'expansion des actions et missions du médecin radiologue dans la prise en charge du patient n'ont jamais été aussi nombreuses.

Alors que les évolutions de la profession ont été induites ces dernières années par les évolutions technologiques, les forces motrices du changement sont désormais liées à l'économie et l'organisation du système de santé de demain. Les systèmes de santé des pays développés seront durablement soumis à des pressions budgétaires croissantes en lien avec les évolutions démographiques. En plus du vieillissement de la population (la France comptera 34% de sa population âgée de plus de 60 ans en 2050 contre 20% en 2005), le système doit faire face à une réduction drastique de la population active (ratio actif/inactif de 3 en 1970 contre 1.4 en 2050) qui supporte l'essentiel du financement des dépenses de santé. La question de la soutenabilité financière de notre système de santé est donc en jeu.

Dans ce contexte, soit la radiologie prend une place centrale dans la restructuration inévitable de notre système de santé et elle deviendra alors un acteur incontournable et plein d'avenir, soit elle subit la transformation systémique à venir et son existence en tant que spécialité phare du système se posera. Cette dernière éventualité pénaliserait lourdement notre système de santé tant les potentialités économiques et médicales de la radiologie dans tout système de santé sont importantes. Quelques conditions, parmi d'autres, semblent nécessaires pour éviter une telle réalisation.

## Le médecin radiologue doit devenir un acteur majeur de santé publique dans les faits et dans l'image grand public

Un évènement majeur, passé presque inaperçu en France, s'est déroulé dans le monde médical aux Nations-Unis à New-York en septembre 2011. En présence des principaux chefs d'Etats de la planète, l'Assemblée Générale de l'ONU a adopté une déclaration de politique générale visant à mettre en place, avec l'aide de l'OMS, un plan de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles (dites Non-Communicable Disease, NCD). Représentant 36 millions (soit près des deux tiers) sur 57 millions des décès annuels dans le monde, ces maladies sont devenues une véritable pandémie qui menace le développement économique des pays et la viabilité de leur système de santé. En France, les dépenses de santé liées aux affections

de longue durée représentent près des deux tiers des dépenses et sont portées par 9 millions de personnes (2010) ; ce sera 75% pour 12 millions de personnes en 2015 (IRDES). Prévenir et diagnostiquer précocement ces maladies chroniques sont les défis cruciaux des années à venir. Les progrès considérables en radiologie ont apporté des techniques meilleures et plus nombreuses pour dépister les cancers, entre autres. Cette évolution étend le rôle du radiologue dans la santé publique et en fait un acteur clé de ce secteur. La place actuelle de la radiologie dans notre système de santé ne lui permet pas suffisamment d'exercer cette nouvelle responsabilité.

Les médecins radiologues n'ont pas la relation médecin-patient longitudinale qui permet aux médecins généralistes d'encourager les patients à avoir des comportements préventifs vertueux en matière de santé. La mise en place de certains plans de santé publique tels que le plan Cancer donnent aux radiologues l'opportunité de marquer la relation avec les patients d'un temps fort (« teachable moment ») d'éducation à la santé et de dépistage. Par exemple, la visite d'une patiente lors d'un dépistage organisé du cancer du sein est une opportunité pour la sensibiliser, voire même établir un diagnostic, sur la prise en charge de l'ostéoporose et des problèmes cardio-vasculaires. C'est aussi l'opportunité pour améliorer l'efficacité d'un autre dépistage organisé tel que celui du cancer colorectal dont le taux de dépistage chez les femmes est trop bas. Un programme d'éducation personnalisée à la santé, autour des addictions par exemple, pourrait être délivré par le médecin radiologue lors de ces moments forts d'éducation santé.

Que les médecins radiologues qui pensent que ces actes de santé publique ne seront pas assez valorisés financièrement dans l'avenir se rassurent, un principe clé en économie de la santé peut se résumer ainsi : « you get what you pay for ». Si les gouvernants actuels et futurs veulent des résultats en matière de réduction de la prévalence et des coûts des maladies chroniques, ils devront trouver des sources de financement et des modes de paiement pour ces actes de prévention.

*“ La mise en place de certains plans de santé publique tels que le plan Cancer donnent aux radiologues l'opportunité de marquer la relation avec les patients d'un temps fort (« teachable moment ») d'éducation à la santé et de dépistage. ”*

## Le médecin radiologue devrait former un véritable binôme avec le médecin généraliste

Une part importante du flux de patients des médecins radiologues provient aujourd'hui des médecins spécialistes, principaux alliés des radiologues. Or, la mise en place d'un partenariat fort avec le médecin généraliste est indispensable pour remplir le rôle en santé publique évoqué précédemment. C'est même une condition primordiale pour que les soins primaires jouent pleinement leur rôle dans notre système. Cette étroite collaboration aiderait les médecins généralistes à diagnostiquer et à traiter les maladies courantes en ayant moins besoin d'un recours à un spécialiste ou un hôpital. Le binôme généraliste-radiologue serait un filtre efficace pour assurer une « prescription » adéquate et pertinente d'un examen radiologique et pour optimiser le transfert des patients vers des soins de second recours, qui seraient alors hyper-spécialisés.

Si les politiques de santé ces dernières années tentent toutes de valoriser le rôle du médecin généraliste, elles s'en donnent rarement les moyens. Intensifier la relation entre le généraliste et le radiologue est une des solutions. Cela nécessite de conserver une présence locale conséquente des cabinets de radiologie et de disposer d'un niveau d'équipement suffisant en IRM et scanners. Le sous-équipement de la France en IRM (8,7 par million d'habitants contre 17 en moyenne en Europe) et la baisse de 10% de la démographie des radiologues prévue d'ici à 2030 (projections ONDPS) sont des obstacles structurels à une telle évolution. Dans une réflexion prospective, la conservation d'un nombre élevé de cabinets de radiologie se justifie pour des raisons de santé publique bien plus que d'optimisation des prises en charge individuelles.

Une politique de rapprochement du radiologue avec le généraliste, comme son rôle accru en santé publique, serait aussi fortement valorisante pour l'image auprès du grand public du radiologue et de la radiologie en général. L'image perçue actuelle est probablement trop froide, trop technique voire trop angoissante.

## L'évolution de la pratique médicale requiert, de la part des radiologues, une implication clinique de plus en plus importante

La pratique médicale est de plus en plus interdisciplinaire du fait de la quantité colossale de connaissances impliquées dans les cas cliniques. Le niveau de compétences cliniques des radiologues doit être reconnu par les autres spécialistes afin de les inclure pleinement dans les discussions de cas

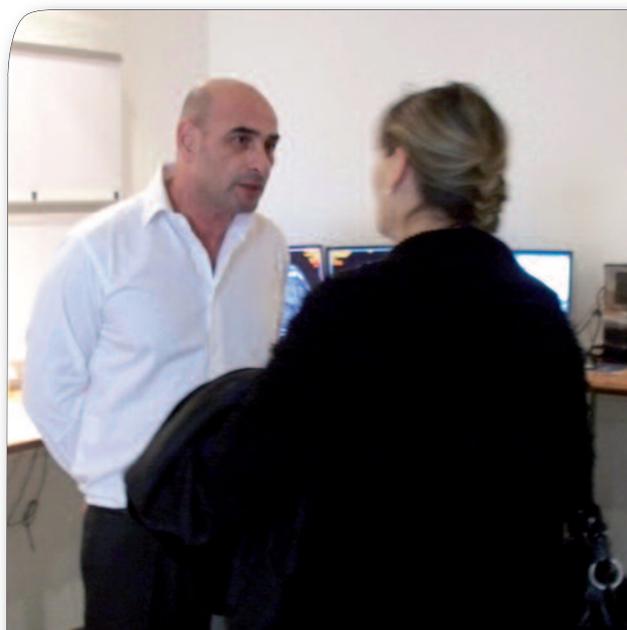
cliniques complexes ainsi que dans les protocoles de recherche clinique multidisciplinaires.

Les radiologues risquent de perdre certaines de leurs prérogatives, notamment en radiologie interventionnelle, et une partie de leur influence dans la communauté médicale s'ils ne développent pas un haut niveau de connaissances cliniques. La maîtrise technique en imagerie n'est plus suffisante pour traiter avec des cliniciens spécialisés et répondre à leurs demandes. Un neurologue expérimenté fera peu confiance à un diagnostic posé suite à un IRM réalisé par un radiologue doté de seulement trois ou quatre mois de formation en neuroradiologie.

*“ Cela nécessite de conserver une présence locale conséquente des cabinets de radiologie et de disposer d'un niveau d'équipement suffisant en IRM et scanners. ”*

Ce besoin de spécialisation clinique s'ajoute à la nécessité d'un partenariat étroit avec le médecin généraliste pour lui proposer un service d'imagerie complet couvrant un large spectre de maladies courantes. Ainsi, plusieurs modèles de pratiques en radiologie perdureront afin de répondre à cette double exigence.

Quel que soit le modèle choisi, la partie clinique devra être développée pour humaniser davantage l'activité de radiologie et la rapprocher des patients. Cela nécessitera probablement de faire évoluer la conception et l'agencement des cabinets de radiologie afin d'y associer davantage les aspects techniques, cliniques et de santé publique. Le choix d'industrialiser l'activité, en réponse à la baisse des tarifs, qui s'accompagne d'un contact réduit avec les patients, ne peut pas être gagnant à terme.



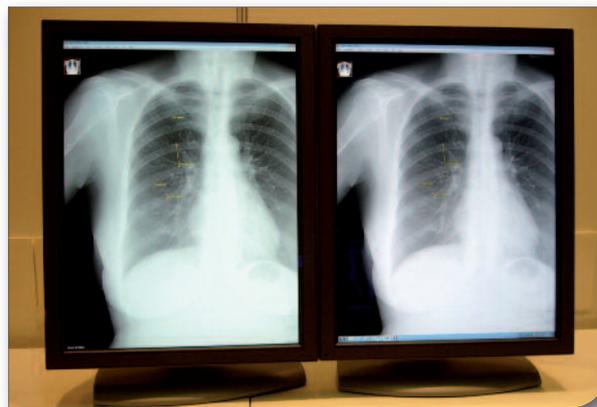
## Opportunités et menaces de la téléradiologie et des progrès des technologies de l'information en général

Alors que l'imagerie digitale fait partie de l'environnement des radiologues depuis des décennies, l'archivage des images et les systèmes de communication sont relativement récents et vont influencer considérablement la pratique des radiologues dans les années à venir. La bonne maîtrise de ces technologies est un défi majeur pour le maintien voire le renforcement de l'influence de la radiologie dans notre système de santé. Face à l'augmentation rapide du nombre d'images par examen, un système d'archivage et de communication de qualité devient indispensable. Il améliore la productivité du radiologue et l'accès aux images des autres spécialistes. Il offre des opportunités d'économie de coûts considérable. La baisse continue des coûts de tels systèmes se traduira par une baisse du ratio coût-performance.

La bonne maîtrise des technologies de l'information facilitera aussi l'évolution du rôle du radiologue en santé publique et sa collaboration avec le médecin généraliste. Ces technologies faciliteront l'identification et la programmation des examens de dépistage nécessaires pour une personne ainsi que le suivi des patients identifiés à risque de cancer. Elles renforcent déjà le rôle du radiologue dans la sécurité des soins.

Malgré tous ces bénéfices incontestables, la téléradiologie représente aussi une menace pour l'activité des médecins radiologues. Les systèmes d'information et de communication en radiologie sont complexes ; tout dysfonctionnement ou panne a des conséquences désastreuses sur la prise en charge des patients. Cela nécessite une maintenance et un service support local impeccables. La distribution simplifiée des résultats d'imagerie réduit la nécessité pour les autres spécialistes de consulter un radiologue pour avoir accès à un rapport et à des images. Le radiologue risque de devenir un médecin sans visage dont la valeur perçue dans le système sera dévaluée. La déshumanisation du métier du radiologue signerait le déclin rapide de la spécialité tant les pressions budgétaires poussent les décideurs à saisir toute opportunité de diminuer les dépenses.

Grâce à la téléradiologie, la présence de cabinets de radiologie offrant un service complet d'imagerie sur tout le territoire pourrait être estimée moins indispensable par les autorités. Si la réalisation d'examens radiologiques localement, par des techniciens, envoyés ensuite électroniquement à quelques centres experts délocalisés apportait une qualité de services comparables, les autorités faciliteront sans vergogne ce schéma d'organisation. D'autant plus que notre système de santé connaît une étatisation croissante depuis quinze ans qui se traduit par une maîtrise comptable des dépenses de santé aux dépens souvent de toute rationalité médicale et économique (vision court-termiste avant tout).



L'exercice libéral du médecin radiologue, largement dominant dans notre pays (60% des radiologues exercent en libéral exclusivement et 15% en libéral partiellement), va aussi pâtir de la politique de santé actuelle, hostile à ce mode d'exercice. Même si cette politique est globalement dans la continuité des précédentes, elle est mâtinée d'une volonté de substituer une médecine publique de proximité à la médecine libérale et d'une pincée de lutte des classes. La communication grand public très négative de la ministre envers les médecins libéraux depuis son arrivée et ses premières initiatives sont explicites en la matière. La signature de l'avenant 8 menace le modèle économique de l'exercice libéral et met la profession sous la tutelle administrative des caisses en vue d'intensifier la maîtrise comptable. L'autorisation de réseaux de soins mutualistes est dans la même veine d'une réduction de la liberté de choix des patients et d'actions des médecins.

Les médecins radiologues, même en étant à plus de 90% en secteur 1, feront à terme partie des victimes de cette vision administrative et étatiste. Toutes les opportunités évoquées précédemment ne pourront s'exprimer que dans un système de santé décentralisé, respectueux des libertés de chacun et responsabilisant pour les offreurs de soins comme pour les patients.

Enfin, les avancées technologiques considérables de l'imagerie médicale ouvrent des opportunités réelles pour mettre le médecin radiologue au cœur du système de santé grâce à une expansion de son rôle en santé publique, dans les soins primaires, dans l'amélioration de la qualité des soins, et en le rendant incontournable dans la gestion interdisciplinaire de la médecine moderne. Cependant, seule une approche proactive et organisée de la profession transformera cette perspective en réalité tant notre système de santé est marqué par une inertie implacable, des contraintes budgétaires croissantes et une gouvernance politique et administrative sans vision autre que celle de la défense de ses propres intérêts. ■

**M. Frédéric BIZARD**

*Economiste de la santé*

*Maître de conférences à Sciences Po Paris*

*Auteur du livre « Une ordonnance pour la France », aux Editions Thierry Souccar (avril 2012).*



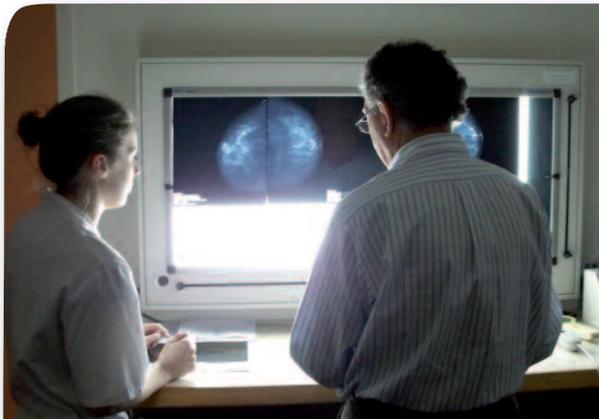


# L'imagerie médicale : une évidence



Jamais l'imagerie n'a été aussi déterminante dans la décision médicale. L'expertise des médecins radiologues et les performances technologiques des outils dont ils disposent, ou encore la radiologie interventionnelle, ont permis de véritables progrès dans la prise en charge des patients. Le médecin radiologue est le correspondant naturel de tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, clinique, médico-technique ou chirurgicale. Grâce à lui, les médecins ne sont plus « aveugles », ce qui leur permet souvent de gagner la course contre la montre engagée dans certaines pathologies.

Le médecin radiologue est aussi un pilier de l'urgence et de la permanence des soins, accessible et mobilisé. C'est un maillon essentiel des politiques de santé publique, avec le dépistage. C'est, grâce aux radiographies pulmonaires rendues obligatoires par la médecine du travail, et au vaccin du BCG, que la tuberculose a pu être éradiquée. Aujourd'hui, l'imagerie médicale joue un rôle tout aussi fondamental dans le dépistage du cancer, et en premier lieu du cancer du sein.



L'imagerie médicale s'est imposée, par ce qu'elle apporte, comme une évidence. Personne, en dehors des technocrates de Bercy, n'oserait imaginer un recul du recours à l'imagerie médicale au motif que celle-ci pèserait lourd dans les dépenses de la Sécu. Ce serait renoncer au progrès et reviendrait à retirer des chances, sinon de guérison, à tout le moins de survie, à de nombreux patients.

Pourtant notre pays reste en retard en termes d'équipements par rapport aux autres pays occidentaux, et ce sera rapidement une difficulté, à la fois, pour faire face au développement de pathologies comme le cancer ou les pathologies neurodégénératives, et pour mettre en œuvre les politiques de prévention et de dépistage. La mise en œuvre d'un plan national d'équipement en IRM est devenue un besoin criant.

Depuis 2007, les gouvernements successifs sont passés à côté de ces évidences. Au lieu d'accompagner efficacement

la modernisation de la médecine, et en particulier celle de l'imagerie médicale, et de construire une politique d'investissement, ils ont été les otages des comptables de Bercy. Prétendant les volumes, alors qu'ils visaient les revenus, ces derniers ont imposé des mesures d'économies brutales qui ont freiné cette discipline et font reculer l'accès aux soins avec la fermeture de nombreux cabinets de proximité.

Aux côtés de la FNMR, la CSMF a toujours combattu les décotes tarifaires imposées à l'imagerie médicale. Il n'a jamais été possible de négocier quoi que ce soit

*“ Depuis 2007, les gouvernements successifs sont passés à côté de ces évidences, ils ont été les otages des comptables de Bercy. ”*

avec les gouvernements à ce sujet, sauf dans l'avenant n°8 ou nous avons réussi à faire baisser l'ardoise programmée pour 2013 et à la faire étaler sur trois ans. Ce résultat nous a été reproché. En toute objectivité, aurions-nous dû nous abstenir et laisser le gouvernement imposer le prélèvement qu'il avait imaginé pour 2013 et les années suivantes, alors que nous avions une opportunité de mettre ce dossier dans la balance ? Même si la CSMF reste résolument opposée aux décotes tarifaires, nous avons eu le courage syndical d'agir. Nous avons réussi à limiter la casse programmée et à obtenir l'engagement du gouvernement d'en rester là pour les deux prochaines années. Après, se pose la question de la confiance, et il sera alors temps de contester si les engagements pris ne sont pas au rendez-vous, mais c'est une autre étape.

Le premier rendez-vous sera la future loi de santé publique qui doit être débattue cette année. Elle doit inscrire notre système de soins dans une logique de prévention, ce qui passe, à l'évidence par un véritable plan d'investissement en faveur de l'imagerie médicale. ■

Dr Michel CHASSANG

Président de la CSMF





# Demain, quelles missions pour le radiologue ?

## Le point de vue de la FMF.



La Fédération des Médecins de France remercie la FNMR pour cette tribune, permettant à notre syndicat de s'exprimer sur l'avenir de la radiologie, en particulier de la radiologie libérale et de la coordination des soins entre prescripteurs et imageurs.

### Une imagerie en progrès constant et utile !

Ces dernières années, les progrès en imagerie sont incontestables et tous les jours indispensables aux autres spécialistes :

- du médecin généraliste aux spécialistes d'organes aux chirurgiens,
- dès les premières investigations, comme ensuite pour les examens complémentaires plus complexes,
- dans la phase diagnostic, comme dans les phases thérapeutiques et de suivi.

La conséquence est que l'imagerie, avec le poids qu'elle prend dans l'enveloppe financière de la CCAM technique (environ la moitié), devient un levier « d'économies ».

Toute baisse tarifaire à des conséquences significatives sur les « comptes » ! La politique du directeur de l'UNCAM en est malheureusement le triste exemple avec une véritable spoliation de 800 millions d'euros depuis 2007 sans pour autant, malgré les discours officiels, se traduire par un transfert financier vers les autres disciplines médicales.

"Déshabiller Paul pour ne pas habiller Pierre" n'a pas été et ne sera pas cautionné par la FMF !

L'autre argument avancé pour baisser ces cotations est le revenu du radiologue libéral ! Si les revenus moyens des radiologues libéraux les mettent « en tête » des revenus des médecins libéraux, ils ne sont qu'au niveau des

revenus des confrères spécialistes européens.

La FMF demande bien une revalorisation des médecins libéraux, un rattrapage des revalorisations des actes cliniques et techniques par un réel investissement vers la médecine libérale, et non une politique de nivellement des revenus par le bas.

La FMF sait bien que derrière les chiffres d'affaires, se cachent des entreprises libérales :

- employeurs de personnels assurant une vraie délégation de tâche,
- qui font des investissements conséquents pour assurer un renouvellement de matériels afin de suivre

l'évolution technologique, garante de la qualité de l'imagerie.

- qui utilisent du « temps médical » important dans la réalisation et l'interprétation de l'imagerie moderne.

### Revenons à l'avenir !

Le clinicien a besoin d'un accès à une imagerie de qualité, adaptée aux problèmes de son patient. Les difficultés du diagnostic rendent incontournables de conjuguer le sens clinique et les technologies par une coordination clinicien radiologue, pour déterminer les stratégies les plus efficaces pour chaque patient.

Cela permettra d'éviter des actes multiples et inadaptés sources de dépenses inutiles. D'où l'intérêt de favoriser une FMC interprofessionnelle, pour permettre des échanges de qualité entre les différents professionnels concernés.

Pour la FMF, si les recommandations établies par les sociétés savantes sont des guides, elles n'ont pas la même efficacité que des procédures adaptées mises au point après échanges et concertation des différents acteurs du territoire de santé. La rémunération de ces actes coordonnés n'est pas possible actuellement par le seul paiement à l'acte.

C'est l'esprit du concept des pôles de santé, porté par la FMF dans les textes de loi, avec des projets de santé, une concertation pour une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, autour des pathologies chroniques établis par les acteurs du terrain. Dans une telle organisation le radiologue de proximité a toute sa place.

Il est donc primordial de maintenir un maillage cohérent de l'accès à l'imagerie qui couvre tout le territoire.

Pour la FMF, le danger est de détruire les équilibres économiques par une politique « du moins » disant comptable. Ce sont ces équilibres qui permettent la survie des structures radiologiques de proximité. Ce sont ces équilibres qui favorisent la pérennité de plateau d'imagerie lourde, garantissant un accès aux soins pour tous dans un périmètre spatial et temporel satisfaisant.

Les progrès de la numérisation, de la communication permettent la réalisation de l'imagerie en ligne, de la

télémedecine. Certains vont jusqu'à imaginer des "délocalisations" avec des centres de traitements d'imagerie médicale "low cost" !

Pour les cliniciens de la FMF, les limites de ces dématérialisations sont sur le plan pratique :

- la difficulté pour récupérer les images sur leur poste de travail, notamment au bloc opératoire,
- les limites de disponibilité en ligne, avec des archivages peu accessibles pour le suivi et la comparaison d'imagerie,
- surtout la qualité de l'interprétation.

Si un cliché standard peut facilement être lu et interprété par le clinicien, l'imagerie moderne plus complexe nécessite la « valeur ajoutée » indispensable, qu'est l'interprétation du radiologue. S'il peut récupérer des lots d'images sur son poste, le clinicien n'a pas forcément, ni le temps, ni la compétence pour les traiter au maximum des possibilités techniques. Par conséquent, son interprétation même experte ne peut que se confronter avec celle du radiologue, et non la remplacer.



La relation de confiance entre le clinicien et le radiologue est indispensable. Le clinicien fait une demande claire, précise au radiologue qui peut la traiter de façon optimale. C'est toute la valeur de l'échange interdisciplinaire qui fait la force des équipes hospitalières, et que le libéral doit pouvoir lui aussi garder et développer. Ce travail interdisciplinaire n'est aucunement honoré en médecine libérale en dehors de quelques expérimentations. Cet échange est d'autant plus important que l'imagerie se complexifie, que de nouvelles technologies apparaissent sans cesse.

Pour la FMF, même si la rémunération à l'acte reste le socle, il est nécessaire de développer un système de rémunération complémentaire, forfaitaire, permettant ces concertations interdisciplinaires, notamment pour la prise en charge de plus en plus complexe des pathologies chroniques sévères. Pour la FMF, pour toutes les spécialités, y compris bien sûr la médecine générale, le temps médical intellectuel doit être reconnu et prendre sa place dans l'acte médical. Les

plannings déjà chargés ne permettent actuellement plus. Cela devient possible si une véritable politique d'investissement pour la médecine libérale est décidée.

- ❑ Une politique qui permet une délégation de tâches au sein de l'entreprise médicale, en conservant son équilibre économique, et sous la responsabilité et le contrôle du praticien médecin.
- ❑ Une délégation bien organisée, permet de privilégier le « colloque singulier » au sein de la relation médecin patient. L'exemple de la délégation de tâche aux manipulateurs radio est un bon exemple de ce que devrait être l'évolution de l'exercice libéral.

## Une médecine libérale facteur de croissance !

La médecine libérale, pourvu qu'on le "décide", est facteur de développement, créateur d'emplois et de structuration territoriale.

La FMF appelle donc les politiques à un changement de perception de l'ensemble de la médecine libérale. La médecine libérale doit dorénavant être considérée comme une valeur positive de la croissance, et non comme une « fossoyeuse » des comptes sociaux.

La FMF demande un véritable plan Marshall pour la médecine libérale avec trois volets :

- la réaffirmation des missions de la médecine libérale dans l'organisation des soins, qui ne soient pas limitées au premier recours,
- une refonte du statut social libéral pour être plus attractif en particulier par rapport au salariat,
- une politique financière d'investissement en matériel et en humain permettant la mise en œuvre de ces missions, tout en restant propriétaire de son outil de travail.

Sans cette volonté de réorganisation et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre, la médecine libérale, ouverte à tous et efficiente, disparaîtra, au bénéfice d'une médecine ultra libérale, performante, de niche, « lucrative » d'une part, et d'autre part d'une médecine publique « d'assistantat », non efficiente et démobilisatrice pour les acteurs de santé.

Le maintien d'une radiologie de proximité et de complexité graduée est indispensable à la cohérence d'une médecine libérale de qualité et ouverte à tous.

Reste à convaincre ENSEMBLE les acteurs "politique" de la santé ! ■



**Dr Benoît FEGER**  
Président de la FMF  
Union spécialiste



**Dr Jean-Paul HAMON**  
Président de la FMF



# Le radiologue, un acteur essentiel aux côtés du généraliste



Médecins généralistes et radiologues se connaissent bien. Ils n'ont pas attendu les textes de loi et les réformes pour s'engager ensemble sur un parcours de soins efficient. Certes des dysfonctionnements demeurent, parfois dus aux malades, et le partage d'informations peut encore être amélioré. Pour le généraliste bien connaître le radiologue reste une évidence.

Je me souviens, en arrivant pour mon premier remplacement dans cette petite, mais prestigieuse ville de Pauillac, des conseils prodigués par le médecin qui allait partir en vacances. « Bon, c'est simple : si tu as un gros problème, tu as la clinique et l'hôpital de Lesparre. Pour les analyses, préfère ce laboratoire et pour les radios, il y a le cabinet, juste à côté ». Connaître le radiologue avec lequel j'allais, automatiquement, être en contact était donc une évidence. Cette évidence reste valable aujourd'hui. Mais, du point de vue du médecin généraliste et dans le parcours de soins des malades, quelle place occupe t-il aujourd'hui ? La réponse est simple, évidente : il est un acteur essentiel qui intervient en collaboration étroite avec l'ensemble des autres acteurs du système, médecins généralistes et spécialistes d'organes.

Notre système de santé reste une belle et grande maison. Mais si l'on veut qu'il retrouve un fonctionnement normal et efficient, il faut bien admettre que le médecin généraliste doit en garder la porte. La plupart des patients que nous recevons n'iront pas plus loin que cette dernière dans la mesure où la prise en charge des épisodes aigus et le suivi

des pathologies chroniques sont le lot quotidien du médecin généraliste. C'est un travail fondamental, intéressant, mais qui fait essentiellement appel à l'analyse, à la synthèse des plaintes et des éléments médicaux communiqués par les patients. Dans la

*“ Le radiologue ... un acteur essentiel qui intervient en collaboration étroite avec l'ensemble des autres acteurs du système, médecins généralistes et spécialistes d'organes. ”*

plupart des cas, le médecin règle le problème et l'on en reste là. Mais il est nécessaire quelquefois de documenter le dossier et de faire appel aux autres occupants de la maison, à nos correspondants. Il s'agit le plus souvent du biologiste, et parfois donc du radiologue.

Avec la radiologie, voici les questions que l'on se pose « Pour ce genou, qu'est ce que je demande ? Une radio simple ? Une IRM ? Oui, l'IRM, ce sera plus adapté, mais qu'est ce que je fais en attendant les quatre, six ou huit semaines pour avoir le rendez vous ? Et pour ce rachis, scanner ou IRM ? Avec ou sans injection ? » Derrière ces phrases, on retrouve quelques unes des réflexions du généraliste dès qu'il doit demander un examen radiologique.

## Mieux gérer le temps et les délais de réponses

Sur le plan technique tout d'abord. Quel examen demander ? Dans la plupart des situations, il n'y a pas de difficulté particulière et la radiologie traditionnelle permet de donner la bonne réponse rapidement à un grand nombre de situations. Dans une pneumopathie franche par exemple, le cliché pulmonaire permet de confirmer le diagnostic et de vérifier l'efficacité du traitement.

Mais l'imagerie est un des domaines de la médecine qui, au cours des vingt dernières années, a connu des évolutions profondes et qui continuera demain à en vivre de nouvelles avec la médecine personnalisée. Si demander un scanner au début des années 90 était un examen d'exception, c'est maintenant un examen de première intention : dans le cas des sinusites aiguës, c'est le TDM qui peut être demandé, le Blondeau Caldwell n'ayant plus que des indications limitées et de seconde intention. Dans beaucoup de pathologies couramment rencontrées en médecine générale, comme les lésions tendineuses, dégénératives ou traumatiques, l'IRM est devenu l'examen incontournable de première intention. On peut considérer que savoir quel examen prescrire est un simple problème de maintien des connaissances des médecins généralistes et que cela ne concerne pas les radiologues. C'est vrai. Mais dans ma pratique courante, je



constate qu'il n'est pas toujours facile de trouver l'information pertinente qui permettra d'être le plus efficace sans perdre de temps.

Le temps est un autre aspect de la pratique qui reste fondamental. La gestion du temps : quel délai pour obtenir les examens dont j'ai besoin ? Si en radiologie traditionnelle il n'y a quasiment pas de problème, si pour un TDM les choses se règlent le plus souvent dans la semaine, il n'en va pas de même pour l'IRM. C'est, de manière presque schizophrénique, l'examen qui est devenu essentiel, le point de départ de toute chaîne de décisions. Mais les délais pour l'obtenir sont généralement trop longs, se comptant en semaine voire quelquefois en mois.

Quand il s'agit de faire le suivi d'une pathologie cela n'a pas d'importance, le généraliste anticipe. Quand il est face à un patient qui souffre, la situation devient plus complexe à gérer. Que faire alors ? Prescrire des radios ou d'autres

examens dont nous savons pertinemment qu'ils ne vont pas faire avancer les choses, mais qu'ils permettront d'attendre ? Quand on a un bon réseau de correspondants, appeler les copains et se débrouiller ?

Mais est-ce vraiment satisfaisant ? Au pire, et c'est quelquefois caricatural, ou absurde, c'est l'hospitalisation inutile ! Certes coûteuse pour la société, mais tellement efficace... Et qui nous permet d'économiser un temps tellement précieux dans nos consultations surchargées.

*“ Quel délai pour obtenir les examens dont j'ai besoin ? ”*

## Mieux partager l'information

Qu'il s'agisse de la gestion du chronique ou de celle de l'urgence, le médecin généraliste se retrouve face à des patients auxquels il ne peut donner ni une bonne réponse, ni les soins adaptés. Et il faut alors gérer également leur impatience et leur incompréhension. Et ça use, ça fatigue. Bien sûr, les radiologues ne sont pas responsables du niveau d'équipement en IRM sur l'ensemble du territoire.

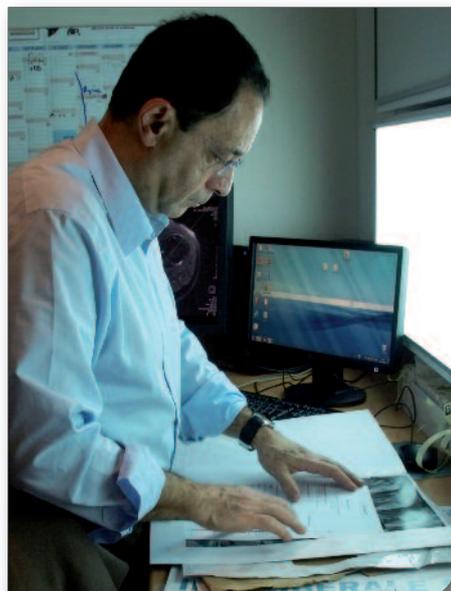
Là où en revanche il pourrait être facile d'améliorer la fluidité du parcours de soins, c'est dans le domaine du retour d'information.

Aujourd'hui, dans l'énorme majorité des cas, une fois l'examen prescrit et réalisé, le patient repart avec son compte rendu... et en fait ce qu'il veut ! Ce qui sera source d'examens inutiles ou, plus grave, de prise en charge tardive de pathologie aggravée. Le ridicule ne tuant pas - j'en suis la preuve - voici un exemple. Parce qu'il m'avait dit que ses douleurs provenaient probablement des coups répétés qu'il portait avec son pied quand il pratiquait son sport, j'ai prescrit à ce jeune motard la radio qu'il ne m'a jamais montrée m'assurant qu'elle était normale. Je me suis donc

résolu à prescrire un scanner à la recherche de la fracture de fatigue " qui n'existait pas ". Goguenard, le radiologue a cependant précisé dans le compte rendu du scanner qu'en revanche, sur la radio simple, on voyait parfaitement le corps étranger responsable du problème... Bon, je m'en suis remis.

Autant dans le domaine de la biologie le retour d'information est à peu près systématique, autant pour la radiologie, nous ne voyons le compte rendu seulement quand le patient veut bien nous le montrer ; quelquefois plusieurs mois après la prescription... J'apprécie pourtant beaucoup la lettre que m'envoie un seul de mes radiologues correspondants.

Il est surprenant que les professionnels de santé qui sont le plus à la pointe des techniques les plus évoluées n'aient pas intégré dans leur fonctionnement les éléments pourtant basiques comme le partage d'information avec leurs correspondants.



Paradoxalement, force est de constater que le radiologue et le médecin généraliste n'ont pas attendu les lois et les réformes pour faire fonctionner sur le terrain un parcours de soins plutôt vertueux. Bien sûr, des dysfonctionnements existent et des améliorations restent à apporter. Ainsi, s'il doit y avoir des professionnels qui peuvent redouter de voir se mettre en place un parcours de soins efficient, ça ne doit pas être les radiologues, qui ont déjà adopté ce type de fonctionnement depuis longtemps. ■

**Dr Bernard PLÉDRAN**

*Trésorier adjoint MG France*





# Le radiologue vu par un clinicien



Le métier de radiologue a évolué d'une manière considérable au cours de ces dernières années. Nous sommes très loin du temps où jeunes internes des hôpitaux en stage de radiologie, nous étions amenés à pratiquer des examens aujourd'hui disparus, comme la cholécystographie par voie orale ou le lavement baryté en double contraste. Parallèlement, à l'époque, se développaient les premiers balbutiements de l'ultrasonographie et des scanners.

L'évolution du métier de radiologue nous interpelle d'autant plus qu'en tant que cliniciens nous sommes tous les jours des demandeurs d'imagerie mais, aussi, lorsque l'on fait de l'endoscopie interventionnelle, nous avons également besoin de collaborer en fonction des cas cliniques avec des radiologues interventionnels.

Le métier de radiologue est désormais un métier à multifacettes avec de plus en plus une ultra spécificité ce qui a conduit au regroupement et à l'individualisation de l'expertise dans le cadre d'équipes de radiologues. Il ne faut pas négliger l'intérêt de la radiologie traditionnelle. Même si celle-ci a perdu beaucoup de ses indications, elle représente, avec les cabinets de proximité, un maillon indispensable dans l'offre de soins. C'est la raison pour laquelle les baisses tarifaires iniques appliquées par des gouvernements de droite et de gauche ont un effet totalement contre productif puisqu'elles conduisent à la fermeture d'un nombre non négligeable de cabinets de proximité. Les parlementaires qui sont les premiers à protester devant la désertification médicale sont les acteurs principaux de la disparition de cabinets de proximité.

*“ Les baisses tarifaires iniques appliquées par des gouvernements de droite et de gauche ont un effet totalement contre productif puisqu'elles conduisent à la fermeture d'un nombre non négligeable de cabinets de proximité. ”*

Mais l'évolution la plus importante, à notre point de vue, est celle de l'imagerie en coupe. La qualité des scanners permet, actuellement, des approches diagnostiques mais, également, des bilans préopératoires extrêmement précis. C'est

grâce à cette qualité que l'on ne voit pratiquement plus la nécessité d'une laparotomie dite « blanche » puisqu'elle n'était qu'exploratoire et limitée sur une lésion évoluée.

Le rôle des examens scannographiques est devenu primordial dans l'approche diagnostique, au quotidien. Il a même acquis auprès des patients une connotation « magique », certains d'entre eux s'étonnant devant l'évolution de leur état pathologique que celui-ci n'ait pas été vu au scanner ! C'est au quotidien un outil remarquable, largement utilisé par l'ensemble des cliniciens qu'ils soient spécialistes en médecine générale ou spécialistes d'organes.

Mais, surtout, dans le cadre du bilan préopératoire, notamment en cancérologie, le radiologue est devenu un des acteurs importants de nos réunions de concertation d'oncologie. La relecture des images pour préciser un compte-rendu ou répondre aux interrogations des médecins et des chirurgiens est un élément important de l'évolution du métier de radiologue. Ils se comportent, dans ces réunions, de la même manière que les anatomo-cytopathologistes et on pousse ces confrères spécialisés dans leurs derniers retranchements, de l'analyse des biopsies et des pièces opératoires, de l'analyse des scanners et des IRM pour les radiologues.

Il en va de même dans le développement technologique de l'IRM particulièrement important dans le domaine de l'ostéo-articulaire qui remplace, souvent, des explorations invasives. L'hyperspécialisation est importante dans ce domaine permettant, à travers les bili-IRM, de rendre obsolète la cholangiographie rétrograde diagnostique endoscopique et permettant, au niveau de l'intestin grêle, une étude extrêmement fiable de la morphologie de celui-ci en complément de la vidéocapsule ingérée. Dans ces deux domaines, qui nous concernent personnellement au quotidien, l'endoscopie a perdu son rôle diagnostique, invasif, pour devenir essentiellement une endoscopie thérapeutique bilio-pancréatique ou au niveau de l'intestin grêle, guidée par les techniques d'imagerie. Il faut regretter



que, vu l'importance de l'IRM en pratique clinique, les gouvernements de droite et de gauche confondus, continuent à limiter les autorisations d'équipements pour les médecins radiologues, en particulier dans le secteur libéral. C'est le vieux concept archaïque des technocrates prônant une médecine administrée et pensant qu'en réduisant le nombre de machines, en rendant l'accès difficile pour les patients, on contraint financièrement les dépenses de santé.

Parallèlement à ces avancées diagnostiques, le radiologue hyperspécialisé est également devenu un thérapeute. Les pathologies vasculaires bénéficient, comme en cardiologie, du développement de la radiologie interventionnelle tant pour l'abord vasculaire périphérique qu'à l'opposé le traitement d'un certain nombre d'anomalies au niveau carotidien ou cérébral. La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en urgence est devenue possible grâce à la technicité de ces radiologues thérapeutes. Diagnostique et parfois thérapeutique, la radiologie intervient dans le diagnostic tumoral en permettant de faire des prélèvements cytologiques ou anatomo-pathologiques en contribuant, également ainsi, à un diagnostic préopératoire et à une stratégie thérapeutique plus fiables. Mais elle permet également, avec les sondes de radiofréquence, d'intervenir sur des lésions néoplasiques limitées au niveau du foie, au niveau du poumon, chez des patients dont l'état clinique ne permet pas d'envisager une exérèse chirurgicale et en complément des thérapeutiques de radiothérapie et de chimiothérapie.

Dans le cadre de ces équipes pluri-disciplinaires d'imagerie médicale, il est de plus en plus fréquent de voir le radiologue se poser en tant que consultant pour donner un deuxième avis sur l'ensemble de l'imagerie déjà pratiquée sur un patient. Thérapeute, le radiologue pratique également des consultations préopératoires, un suivi de ses actes et il est, donc, très loin de l'image purement technique qu'il avait il y a une trentaine d'années.

L'explosion de toutes les possibilités techniques de l'imagerie entraîne incontestablement une multiplication des actes et ceux-ci ne sont pas toujours justifiés dans leurs stratifications. C'est le rôle de la spécialité de radiologie de mettre en place des recommandations et le guide d'utilisation de l'imagerie produit en coopération avec la Haute Autorité de Santé n'est pas assez connu et utilisé. Il faut donner au radiologue, comme tout consultant, un rôle de maîtrise de l'évolution des dépenses mais, également, un rôle pédagogique vis à vis des médecins traitants ou consultants qui demandent, au quotidien, des examens d'imagerie. Ce rôle du radiologue doit se développer, il entraîne, également, une grande prudence dans les conclusions des explorations car si la radiologie reste, le plus souvent, une spécialité « prescrite », il n'est pas rare que la conclusion d'un examen radiologique incite à d'autres explorations. C'est dans ce domaine où la légitimité de consultant doit conduire à une responsabilité vis à vis de la

communauté médicale mais, également, de notre système de soins. L'utilisation, dans le cadre de l'Accord de Bon Usage des soins, de ce guide de bonnes pratiques radiologiques, la mise en place de contrats d'objectifs de santé publique sera certainement un des moyens de diminuer les écarts de pratique en radiologie en responsabilisant à la fois demandeurs et réalisateurs. La démarche qualité au quotidien ne doit pas se limiter uniquement à la réalisation technique des examens d'imagerie médicale mais, également, au contenu en termes de pertinence de demandes et de qualité d'interprétation. C'est bien sûr un challenge difficile face aux pratiques médicales individuelles mais il est certain que la communauté de nos confrères radiologues s'est déjà engagée dans ce domaine, doit amplifier cette démarche et la faire accepter, notamment au niveau de l'assurance maladie qui a plutôt tendance à jouer sur les chiffres et de profiter de l'inflation des demandes d'examens radiologiques pour, en corollaire, imposer des baisses tarifaires indues.

*“ Il faut regretter que, vu l'importance de l'IRM en pratique clinique, les gouvernements de droite et de gauche confondus, continuent à limiter les autorisations d'équipements pour les médecins radiologues, en particulier dans le secteur libéral. ”*

Pour nous, l'avenant n° 8 doit marquer une fracture dans les relations des syndicats médicaux avec l'assurance maladie et le Parlement. Il faut rappeler que les baisses ont été imposées par le PLFSS, partiellement amendées par l'action de la FNMR et uniquement associées comme véhicule réglementaire à l'avenant n° 8. Le courroux justifié de cette pratique nécessite que tous les confrères touchés par les baisses d'imagerie, et dans ce domaine les radiologues ne sont pas les seuls, se retournent vers le gouvernement, les sénateurs et les députés de droite et de gauche qui ont imposé, depuis 2006, des baisses autoritaires qui n'ont, désormais, plus aucune justification, notamment vis à vis de l'absence d'évaluation réelle du coût de la pratique.

En résumé, l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques dans le monde de l'imagerie a fait évoluer, profondément, la perception que les cliniciens et les patients ont du métier de radiologue. Il est devenu un des maillons essentiels de l'élaboration diagnostique et clinique, au quotidien, dans les équipes de praticiens. Il faut amplifier le rôle pédagogique des médecins radiologues vis à vis de leurs confrères pour que, comme dans d'autres domaines, l'évolution des techniques s'accompagne d'une prise en compte de la notion de « juste soin ». ■

Dr Jean-François REY  
Président de l'U.M.E.SPE





# La médecine de proximité a besoin de ses radiologues de terrain



18h30, je raccroche d'avec le radiologue. Il a vu ma patiente chez qui on soupçonnait un accident vasculaire cérébral qu'elle avait plus ou moins caché à son entourage. Le rendez-vous pris en urgence avait permis de libérer une place de scanner. Las, la patiente ayant une fonction rénale limite pour le produit de contraste on s'est orienté à l'intérieur même du cabinet de radiologie vers une IRM. Résultat probant : AVC territoire sylvien gauche avec bas débit sur la séquence angiographique.

Adaptabilité et réactivité dans ce centre de radiologie libéral. Malgré l'heure tardive, malgré la période de fêtes de fin d'année, la patiente prendra dès ce soir son traitement anticoagulant. Un exemple parmi mille de ce travail du réseau de proximité, certes plus informel que formel (à qui la faute ? A ceux qui ne nous ont pas encore donné les moyens de communiquer entre nous malgré des dépenses inconsidérées pour un dossier médical toujours dans les limbes).

Le médecin généraliste n'est pas toujours parfaitement informé des possibilités actuelles des explorations et surtout des indications les plus adaptées. En tant que représentant syndical, je connais les travaux effectués par les médecins radiologues pour indiquer au plus juste l'examen idoine pour affirmer la démarche diagnostique et aider le clinicien. Ces documents existent et sont encore peu exploités, n'ont pas pénétré nos cabinets du fait du manque de dialogue entre nos professions et d'un vrai investissement des pouvoirs publics. Dans les nouvelles missions des radiologues, ne pourrait-il pas y avoir la formation des médecins de famille au bon usage de la radiologie ?

Nous adressons nos patients dans les cabinets de radiologie pour permettre d'avancer dans la prise en charge des affections. Pour répondre aux demandes individuelles récoltées sur Internet par une population de plus en plus connectée, chacun pensant par l'échange sur des forums être le meilleur prescripteur pour son problème de santé, nous ne sommes pas trop, généralistes et radiologues, pour

avoir une réponse adaptée qui coupe court à ces élucubrations de la toile.

Installé dans une véritable entreprise médicale, dont nous devons envier l'organisation, les médecins radiologues développent toutes les techniques les plus avancées. En pointe sur les actes de prévention, comme le dépistage du cancer du sein de la femme, ils apportent aussi leur expertise sur la télémédecine, qui peut permettre de maintenir des cabinets de médecine générale en réseau dans des zones en difficulté démographique. Car si la clinique est essentielle, le maintien d'une médecine de proximité repose aussi sur une sécurisation professionnelle par des examens complémentaires adaptés. Les jeunes médecins habitués à une réponse rapide dans le cadre hospitalier ont besoin de cette sécurisation dans leur exercice quotidien. La télémédecine avec interprétation à distance résoudra une partie des difficultés de ces régions désertées, et les médecins radiologues participeront au maintien d'une réponse de proximité de qualité, droit de tout citoyen.

La radiologie française est en pleine évolution, les nouvelles techniques d'imagerie imposeront encore plus une pertinence de prescription de chacun de nous. Nous, médecins généralistes, ne devons pas hésiter à titiller nos confrères radiologues pour approcher cette pertinence afin de répondre au mieux dans le plus grand souci d'économies aux besoins de nos patients. Et le réseau de proximité qu'il soit local ou déporté par la télémédecine emportera la partie de sa présence indispensable auprès de la population, la productivité de la médecine libérale y ajoutant une touche de disponibilité et de service. ■

*“Le maintien d'une médecine de proximité repose aussi sur une sécurisation professionnelle par des examens complémentaires adaptés.”*



Dr Michel COMBIER  
Président de l'UNOF





## Les dépenses de l'assurance maladie : octobre 2012

Le mois d'octobre est marqué par un relèvement des dépenses totales de l'assurance maladie à un taux de 2,7%, proche de l'ONDAM 2012 qui avait été fixé à 2,8%.

Les trois grands agrégats –ville, établissements de santé et médico-social – enregistrent des taux de croissance très différents. Les dépenses de soins de ville sont très en dessous de leur objectif avec seulement 1,5%. Pour les établissements de santé, les taux d'évolution des dépenses sont de 3,7% pour les publics et 3,4% pour les privés. Les

prestations médico-sociales sont en dessous de l'ONDAM à 2,3%.

Dans les soins de ville, on remarquera la stagnation des dépenses de consultation. L'ensemble des actes techniques connaît un taux d'évolution inférieur à l'ONDAM avec 2,1%. Les actes d'imagerie progressent plus vite à 5,3%. Les actes d'échographies qui avaient connus une évolution négative le mois précédent augmentent faiblement à 0,6%. Les dépenses d'IRM progressent à 3,2% alors que le scanner ne croit que de 1,1%.

### Dépenses de l'assurance maladie - octobre 2012 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	En euros	%
Consultations	4 840 372	0,0%
Visites	648 344	2,6%
Actes Techniques (*)	5 155 783	2,1%
Dont actes d'échographies	874 554	0,6%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	1 609 311	5,3%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	639 844	3,9%
Dont scanner	267 114	1,1%
Dont IRM	323 384	3,2%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	14 195 886	1,1%
Total prescriptions	37 823 399	1,7%
<b>Total soins de ville</b>	<b>52 020 008</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public</b>	<b>42 371 816</b>	<b>3,7%</b>
<b>Total versements aux établissements sanitaires privés</b>	<b>8 843 756</b>	<b>3,4%</b>
<b>Total prestations médico-sociales</b>	<b>12 065 531</b>	<b>2,3%</b>
<b>Total statistique mensuelle des dépenses</b>	<b>125 444 708</b>	<b>2,7%</b>

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



## Hommage

### Dr Jacques François SER

Nous venons d'apprendre le décès, le 7 janvier 2013, du **Docteur Jacques François SER**, à l'âge de 65 ans. Il était médecin radiologue à Carcassonne (11). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



## Les formations PCR

FORCOMED a mis en place les formations « PCR initial » et « PCR renouvellement » afin de répondre aux besoins des radiologues impliqués dans une responsabilité PCR. Il s'agit surtout de permettre aux radiologues de renouveler cette formation tous les cinq ans. Il faut rappeler que ces formations doivent respecter les contraintes de l'accréditation COFRAC et qu'Alain Noël a obtenu cette accréditation dans le cadre de FORCOMED.

### Formation initiale

Cette formation est nécessaire pour exercer la fonction de PCR. Elle comporte :

- Trois jours de formation théorique.
- Deux jours de formation pratique réalisée, dans un deuxième temps, dans une structure d'imagerie.

Elle se termine par un examen écrit vérifiant les connaissances délivrées durant les trois jours de formation théorique et un entretien portant sur les éléments pratiques relevant de la responsabilité d'une PCR.

Une formation sera proposée en 2013 si le nombre des inscrits est suffisant.

### Formation renouvellement

Cette formation s'adresse aux radiologues déjà PCR. Ils doivent s'inscrire obligatoirement avant l'échéance des cinq ans de validité de leur formation PCR.

L'inscription ne peut devenir définitive qu'après analyse du rapport d'activité, remis par le candidat préalablement à la formation. Ce rapport résume les missions accomplies en tant que personne compétente en radioprotection durant la période écoulée.

Il s'agit d'une formation de deux jours :

- Un jour de rappels théoriques sur les responsabilités de la PCR et, éventuellement, sur la nouvelle réglementation mise en œuvre.



- Un jour de formation pratique réalisée dans une structure d'imagerie.

A l'issue de ces journées, il est prévu un entretien individuel de vingt minutes avec l'organisateur certifié, notamment sur la base du rapport fourni, destiné à vérifier les connaissances du candidat relatives aux principes de radioprotection et à la réglementation, ainsi que son aptitude à assurer les missions de personne compétente en radioprotection dans le secteur d'activité du candidat. Il est prévu, en fonction des besoins, de programmer une formation par mois regroupant vingt candidats.

### Raisons pouvant justifier la présence d'une PCR interne à une structure d'imagerie

- 1) toutes les structures comportant une salle de scanner (obligation réglementaire).
- 2) pour les autres salles de radiologie, la formation PCR a deux avantages :

- « une PCR interne radiologue » est plus apte qu'une PCR externe à bien contrôler la mise en œuvre de la radioprotection des travailleurs. Elle peut confier la réalisation des procédures techniques à des manipulateurs après formation non réglementée. Elle doit confier la traçabilité de toutes ces opérations à son personnel de secrétariat.

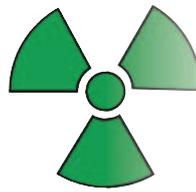
Certaines opérations concernant des mesures peuvent être déléguées à une structure externe.

- le radiologue, chef d'établissement, est responsable de l'ensemble des tâches assurées par la PCR. Dans ces conditions, pour le moment, la formation PCR est la seule permettant de connaître correctement cette responsabilité. ■

Dr Philippe MARELLE  
*Responsable contrôle de qualité*

Dr Emmanuel MUSEUX  
*Médecin radiologue*

M. Alain NOEL  
*Physicien*



# Témoignage d'un participant à une formation renouvellement durant le dernier trimestre 2012

Ouverture d'un courrier de FORCOMED : « votre formation de PCR arrive à échéance et doit être renouvelée avant le 30 octobre », mais tout est organisé ; « votre date de séminaire est prévu le 29 octobre » ; clairement, impossible d'y déroger et cette date est immédiatement bloquée.



Il faut, comme la dernière fois, préparer un rapport de PCR. Relativement bien organisé, j'ai gardé celui que j'avais envoyé il y a cinq ans ! je le complète avec mes quelques connaissances acquises depuis lors sous l'impulsion de l'inspection de l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN) dans notre service (hé oui, ça n'arrive pas qu'aux autres !), mais surtout avec l'expérience de

notre démarche qualité qui nous a permis d'obtenir le label attribué par LABELIX il y a deux ans et demi.

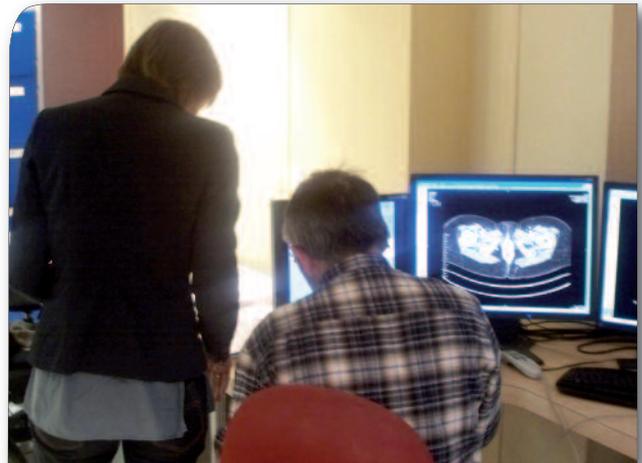
Soulagé, je pars en vacances en juillet mais à mon retour mauvaise nouvelle : mon rapport est insuffisant. Il faut des preuves : fiche d'exposition, exemple d'étude de poste ... et contrôles de radioprotection interne. Je suis bien au courant de cette nouvelle obligation qui n'est pas encore mise en place dans notre service.

Après un moment d'agacement que tout le monde comprendra, le « bonheur » arriva dans le recueil de l'ensemble des documents demandés ; grâce à LABELIX, la plupart d'entre eux existent. J'en profite pour mettre en place un rapport type de radioprotection interne et, hop, on envoie le paquet à FORCOMED avec, néanmoins, un pincement au cœur : si cela ne suffisait pas pour l'examineur certifié COFRAC ? Et cette échéance qui ne permet aucune latitude.

*“ Deux jours de formation FORCOMED sont des moments intéressants, permettant de mieux se préparer le jour où on reçoit le courrier annonçant la visite de l'ASN. ”*

Soulagement, le rapport est accepté et je me transporte à l'hôpital Georges Pompidou à la formation animée par Alain Noël et, bien sûr, notre scintigraphiste préféré, Gilbert Herbelet, déjà présent à ma formation précédente.

On croit tout savoir ou à peu près : mais non ! On apprend toujours une nouvelle chose sur cette satanée radioprotection. Deux jours de formation FORCOMED sont toujours des moments intéressants, permettant de progresser en échangeant avec des confrères et, de mieux se préparer le jour où on reçoit le courrier annonçant la visite d'une paire d'inspecteurs de l'ASN dans le mois suivant avec une liste de documents à fournir ou à envoyer préalablement.



N'oublions pas le plaisir de pouvoir joindre une attestation de réussite à la formation PCR dans une demande d'autorisation de scanner sans demander une signature à un manipulateur ou à une PCR extérieure !!!

Je n'ai aucun doute sur le fait que les radiologues libéraux doivent acquérir ou maintenir la qualification de PCR, quitte bien sûr à déléguer une partie de la tâche à un manipulateur lui aussi PCR. ■

Dr François JAMBON  
Médecin radiologue





# Autre témoignage d'un participant à une formation renouvellement durant le dernier trimestre 2012

En tant que radiologue libéral, installé depuis 1988, j'ai bénéficié de la formation PCR dans la forme actuelle depuis 2002, avec la formation initiale et, depuis, deux formations de renouvellement, respectivement en 2007 et 2012.

J'exerce donc « officiellement » la fonction de PCR au sein de notre cabinet d'imagerie composé de quatorze associés et de trente collaboratrices et collaborateurs.

Nous exerçons sur plusieurs sites notamment un cabinet d'imagerie en ville ainsi qu'un site d'imagerie lourde et une clinique.

A titre personnel, j'ai toujours été convaincu qu'une PCR interne radiologue était souhaitable au sein d'un cabinet d'imagerie médicale car nous sommes, en tant que radiologues-libéraux, chefs d'établissement, « directeurs des ressources humaines », responsables d'une manière générale de tout ce qui se passe dans nos cabinets d'imagerie.



La PCR interne radiologue peut d'ailleurs se faire aider par des collaboratrices manipulatrices et/ou collaborateurs manipulateurs pour effectuer un certain nombre de

procédures techniques. Néanmoins, le fait d'être radiologue, nous oblige à suivre les modifications réglementaires qui surviennent régulièrement et permet de s'assurer que les différentes missions

spécifiques rattachées à cette fonction sont appliquées, que ce soit les dossiers de déclaration auprès de l'ASN, le classement du personnel, la gestion de la dosimétrie, la mise en place d'une dosimétrie opérationnelle, les conduites à

tenir en cas de dépassement de doses, les conduites à tenir en cas d'irradiation d'une femme enceinte, la délimitation des zones réglementées, le zonage etc...

Ces différentes tâches paraissent parfois lourdes et contraignantes pour les plus jeunes associés mais nécessaires pour le bon fonctionnement d'une structure d'imagerie médicale.

Nul n'est mieux placé qu'un médecin-radiologue libéral pour connaître parfaitement la réglementation et s'assurer qu'elle est bien mise en place au sein de sa structure.

En ce sens, les formations FORCOMED réalisées sont relativement pratiques et en corrélation avec le travail sur le terrain.

L'arrivée, notamment, de formateurs, comme Alain Noel, permet d'avoir un dialogue constructif et adapté aux différents cas de figures.

A titre personnel, nous avons déjà eu la visite « surprise » de l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN) et également la visite de l'inspection du travail à la fois sur la version radioprotection-patients et radioprotection du personnel.

Je peux témoigner ici que le fait d'avoir une formation PCR renouvelée tous les cinq ans avec une connaissance théorique relativement correcte de la législation et des différentes mesures à mettre en place a été plus que bénéfique pour faire face à ces contrôles parfois extrêmement détaillés.

De plus, il me semble que le fait d'assurer en tant que radiologue la responsabilité de PCR interne au sein de nos entreprises ne peut que valoriser notre profession vis-à-vis des organismes de tutelle et des organismes de contrôle dans la mesure bien sûr où nous l'effectuons de manière correcte. ■

*“Nul n'est mieux placé qu'un médecin-radiologue libéral pour connaître parfaitement la réglementation et s'assurer qu'elle est bien mise en place au sein de sa structure.”*

Dr Richard JACQUET  
Médecin radiologue





## Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2013



Les parlementaires de l'opposition, sénateurs et députés de l'UMP et du R-UMP, ont saisi le Conseil constitutionnel pour qu'il se prononce sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (LFSS).

Les parlementaires considéraient que cette loi était insincère puisque fondée sur des hypothèses de croissance irréalistes. Ils estimaient également que la fixation de l'ONDAM à 2,7% était en contradiction avec l'engagement de la maîtrise des déficits publics de la France. Sénateurs et députés contestaient aussi la constitutionnalité de plusieurs articles.

Dans sa séance du 13 décembre <sup>1</sup>, le Conseil constitutionnel a validé, pour l'essentiel, la LFSS 2013. Il a cependant censuré quelques articles.

Certaines décisions concernent le domaine de la santé.

<sup>1</sup> Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2010

Ainsi, le renforcement de l'interdiction de publicité pour les médicaments non remboursés est censuré. Il en est de même pour l'instauration d'une contribution sur les boissons énergisantes.

Le Conseil a aussi censuré l'expérimentation du tiers-payant pour les étudiants ainsi que les modifications de financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Enfin, quelques mesures, résultant d'amendements déposés en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, qui n'étaient pas en relation directe avec la discussion, sont censurés pour ne pas avoir respecté la procédure parlementaire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (LFSS 2013) entrera en vigueur lors de sa parution au Journal Officiel. ■

Wilfrid VINCENT



## Lecture

### Infiltrations échoguidées en pathologie musculosquelettique



**Henri Guerini – Jean-Luc Drapé**

Éditions ELSEVIER MASSON

62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Ouvrage s'adressant aux médecins radiologues qui pratiquent ce type de radiologie interventionnelle ou voulant s'y intéresser. Cette technique connaît un fort développement et rend donc très utile la publication de ce livre.

Après une introduction indispensable à la pratique de l'acte, les différents segments anatomiques susceptibles de bénéficier des infiltrations échoguidées sont analysés.

Ouvrage riche en iconographie de bonne qualité, avec un plus intéressant : des séquences vidéos. A recommander aux médecins radiologues adeptes de cette thérapeutique interventionnelle.

Docteur Jacques NINEY



## Les enjeux d'un plan pluriannuel pour l'imagerie

La traditionnelle réunion d'information de la FNMR aux JFR, tenue le 22 octobre dernier, s'ouvrait dans un contexte très tendu : menaces de nouvelles ponctions très lourdes sur l'imagerie alors que se déroulaient les négociations sur les dépassements en secteur 2.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney, Président de la Fédération, rappelait que « le terrain avait été préparé » avec des demandes irréalistes et inacceptables pour la profession. Ainsi, la Cour des comptes et le rapport de l'IGAS/IGF réclamaient 250 millions d'euros, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) fixait l'objectif à 150 millions, dont 80

aux médecins biologistes et 70 aux médecins radiologues, pour la seule année 2013.

Dans le cadre des négociations sur les dépassements, la presse annonçait que 220 millions seraient prélevés sur les radiologues pour abonder les augmentations du secteur 1. En réalité, les deux négociations, dépassements et économies en imagerie, étaient indépendantes. Pour l'imagerie, la profession était prête à signer un nouveau plan pluriannuel avec toujours pour objectifs de préserver l'activité d'imagerie en limitant le montant des prélèvements, d'assurer une visibilité à moyen terme pour les cabinets et de permettre des mesures positives.

Le président rappelait également que certaines autorités politiques avaient publiquement annoncé qu'un prélèvement annuel de 80 millions sur l'imagerie était justifié. Ajoutons la déclaration de la FHF, par l'intermédiaire de son délégué général, qui demandait à l'assurance maladie d'intervenir contre les soi-disant 60% d'actes « inutiles » en radiologie. Enfin, il fallait tenir compte du contexte économique général issu de la crise. Tous ces éléments formaient une toile de fond très négative alors que s'engageait la négociation sur un éventuel plan pluriannuel pour l'imagerie.

La première question est de savoir s'il est justifié de mener une telle négociation. Le bilan du premier plan permettait d'estimer les économies réalisées par rapport aux demandes préalables. Pour les prochaines années, en l'absence de plan, la ponction sur l'imagerie serait de l'ordre de 250 millions au minimum. Les mesures unilatérales prévues par les caisses comportaient, entre autres, la baisse

du modificateur Z de radiologie. L'ensemble des mesures prévues par les caisses n'auraient affecté que les seuls radiologues alors que l'imagerie médicale relève de plusieurs spécialités. Enfin, dans le cadre de la hiérarchisation des actes d'IRM en cours de révision avec la société savante, la CNAM prévoyait une diminution drastique de la valeur de l'acte de base.

L'enjeu d'un plan pluriannuel était d'empêcher la CNAM de mettre en œuvre ces mesures mais aussi d'éviter les demandes itératives annuelles d'économies dans le cadre du PLFSS. Cependant, le plan étant encore en négociation, le président expliquait qu'il ne pouvait donner plus de précisions.

### L'ONDAM

Jacques Niney présentait ensuite les principaux éléments du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013) dont le taux de l'Objectif National des Dépenses Assurance Maladie (ONDAM), fixé à l'identique, 2,6%, pour la ville et l'hôpital et le déficit évalué à 5,1 milliards.

Ces dernières années, la médecine de ville a respecté son ONDAM, et a même réalisé des économies par rapport à l'objectif. Pourtant, chaque année de nouvelles économies lui sont demandées. Pour 2013, les économies de 2,4 milliards se répartiront entre 1,7 milliards pour la ville et 700 millions pour l'hôpital.

*“ Les deux négociations, dépassements et économies en imagerie, étaient indépendantes. ”*

### Les ARS et l'imagerie

Les ARS ont reçu une note d'information des caisses relatives aux SROS. Mais cette note, peu compréhensible, ne leur permet pas de savoir précisément ce qu'elles doivent faire en matière d'IRM ostéoarticulaire. Les G4 régionaux doivent donc s'investir totalement dans les CRI

afin de ne pas laisser les agences interpréter abusivement les règles d'attribution de ces nouveaux équipements.

Il faut également être très vigilant pour que les ARS ne privilégient pas les **PACS mutualisés** et pour que le supplément d'archivage ne serve pas ainsi à financer l'archivage public, ce qui n'est pas sa finalité.

Le président mettait aussi en garde à propos de la **dématérialisation de la mammographie numérique**, pour laquelle certains DG veulent mettre en place un système ingérable. Si le projet local est en opposition avec le cahier des charges national, c'est ce dernier qui doit s'appliquer.

Certaines ARS n'ont toujours pas avancé sur la PDS ES. Les modalités de financement sont pourtant prévues avec 150 euros par astreinte dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). C'est néanmoins une question à négocier.

## Le Projet Professionnel Commun

Le Projet Professionnel Commun, pour la mutualisation avec les radiologues publics, progresse bien dans les esprits mais moins vite dans la volonté des institutionnels, dont la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). En attendant leur décision, plusieurs projets se mettent en place. Mais une question reste, actuellement, sans réponse, celle du paiement du radiologue hospitalier pour sa participation libérale.

## Mammographie et contrôle qualité



Dr Saranda Haber

Saranda Haber rappelait que le protocole du contrôle de qualité actuellement appliqué est celui de 2010, modifié l'année précédente.

Par rapport à la version de 2010, le nouveau protocole prévoit des délais supplémentaires donnés à l'exploitant pour la remise aux normes en cas de non-conformité du contrôle.

La FNMR et les structures de contrôle qualité participeront à une réunion prévue à l'ANSM pour discuter, avant la parution au Journal Officiel, de sa mise en application.

Depuis l'année dernière, un comité de liaison, auprès de la Direction Générale de la Santé (DGS), a été mis en place. Il comporte l'ensemble des acteurs des dépistages et remplace l'ancien comité technique national.

La mission d'un des groupes de travail, sous l'égide de l'INCa, a été la révision de l'arrêté du 24 janvier 2008, qui introduisait la mammographie numérique dans le dépistage. Un nouvel arrêté, modifiant le précédent, sera publié au cours du premier semestre 2013 au Journal Officiel. Son objectif est d'actualiser les cahiers des charges et d'anticiper la transmission par la dématérialisation des clichés.

L'actualisation porte sur peu de points :

- Obligation de lecture sur console mammographique pour le premier lecteur dans le cadre de cette dématérialisation.
- Mise en place des modalités de lecture sur console d'interprétation adaptée.
- Formation spécifique des manipulateurs à la mammographie numérique.
- Rappel de l'interdiction de lecture sur films numérisés secondairement.
- Révision des fiches de deuxième lecture qui sera mise en chantier l'année prochaine.

## LABELIX

Hervé Leclot présentait les nouveautés relatives à Labelix, rejoint depuis 2010 par le Collège Professionnel (G4).



Dr Hervé Leclot

Sous la contrainte des tutelles, la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Direction Générale de la Santé (DGS), le G4 a décidé de transformer le dispositif de labellisation en une certification de services. Il s'agit d'une prestation par laquelle un organisme distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur, du prestataire ou du client, atteste qu'un service est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification.

Celui-ci a donc été revu et il y a un véritable engagement de résultats pris, dans cette certification de services, sur la qualité de la prise en charge du patient.

Si la labellisation est valable pour quatre ans, la certification est valable trois ans avec un audit de suivi annuel.

Les organismes de certification devront être accrédités, pour faire de la certification en radiologie, par le Comité Français d'Accréditation, le COFRAC.

Le référentiel a été validé par le G4. Toute la partie réglementaire en a été écartée puisque, dans le cadre d'une certification, l'application de la réglementation fait partie d'un prérequis. De nouvelles exigences ont été ajoutées, dont un chapitre sur la radiologie interventionnelle. Il y a

également une exigence sur la continuité et la permanence des soins et un chapitre consacré à la télé radiologie. Le référentiel comprend aussi un volet important sur la sécurité des patients et des professionnels en IRM ainsi que sur la sécurité de l'usage des produits de contraste.

D'autres exigences ont été renforcées, en particulier la sécurité du système d'information, la maîtrise de l'identité du patient tout le long de sa prise en charge et un point technique sur l'organisation du système qualité : on rend obligatoire la tenue d'une revue de direction, état des lieux général annuel de la démarche qualité.

Le référentiel a été complété, pour qu'il soit lisible, par un guide de lecture.

L'étape suivante est d'envoyer le référentiel en « enquête commission » auprès des parties prenantes pour avoir leur avis avant de le soumettre au COFRAC pour pouvoir construire officiellement le dispositif de certification.

Laurent Verzaux précisait que la profession souhaite que Labelix soit reconnu par la HAS. Les JFR ont été l'occasion de présenter à cette institution la démarche qualité entreprise par la profession au Québec et de montrer qu'il n'y a pas de différence significative avec la démarche française.

Jacques Niney soulignait, qu'en cette période de restriction, il était nécessaire d'aller vers un processus qui ne soit pas couteux et inadapté car imposé à la profession sans sa participation.

Les Agences Régionales de Santé mettent en place un label « Droits des usagers de la santé » et il a été décidé de faire concourir Labelix dans toutes les régions où il y a des centres d'imagerie labellisés. L'ARS de Bretagne a répondu favorablement et délivré le label 2012. Mais, PACA a répondu ne pas comprendre la démarche qui n'aurait rien à voir avec le label « Droits des usagers » !

**Le site de Labelix**, « totalement refondu », est en ligne (<http://www.labelix.org/>).

**LABELIX**  
Référentiel qualité en Imagerie Médicale

Référentiel qualité en Imagerie Médicale  
168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris  
Tél. 01 82 83 10 21  
info@labelix.org - Fax. 01 45 51 83 15

Accueil  
Actualités  
Participer à Labelix  
Méthodologie d'une démarche  
Les Instances  
Les référentiels de Labellisation  
Etat des lieux  
Les perspectives

**Labelix - Référentiel qualité en Imagerie Médicale**

La FNMR soucieuse de garantir la meilleure qualité de soins et de prise en charge pour les patients a créé une association afin de mettre en place une Labellisation de Service en Imagerie Médicale, pour l'obtention du certificat - « LABELIX - Référentiel qualité en Imagerie Médicale ».

Labelix est un dispositif spécifique à la profession et développé par elle, adapté aux cabinets et services d'imagerie médicale, cohérent avec la démarche HAS de certification.

Le but de Labelix est de sensibiliser les médecins radiologues sur :

- Leurs obligations réglementaires,
- La démarche qualité, qu'ils se sont déjà, pour beaucoup, appropriée par l'expérience du dépistage organisé du cancer du sein,
- L'extension de cette démarche aux domaines, notamment, de l'hygiène, des vigilances, de l'accueil de la prise en charge et de l'information des patients.

Rechercher dans le site

Rechercher

Identification

N° Adhérent FNMR ou Identifiant Labelix :

Mot de passe :

Se souvenir de moi

Se connecter

Vous avez oublié votre mot de passe ?

Informations

Les sites labellisés

Lettre Labelix

## Les observatoires : SENOLOG et OPI

Jean-Philippe Masson faisait le point sur les deux observatoires développés par la profession : OPI et SENOLOG.



Dr Jean-Philippe Masson

La nouvelle version d'OPI, fonctionnelle depuis 2008, ne nécessite aucune intervention puisque c'est le RIS qui envoie directement les informations à OPI. Elle est agréée par un certain nombre d'éditeurs et plus de 500 000 actes ont déjà été envoyés dans la base de données, ce qui correspond à 250 000 dossiers, toutes activités confondues.

En cette période de négociations très difficiles, toutes les informations sont utiles pour contrebalancer des chiffres partiels venant de la Caisse.

SENOLOG enregistre à peu près 3,7 millions d'actes par an. Une nouvelle version est opérationnelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier, pour laquelle certains éditeurs sont agréés. Cette version est plus complète mais ne demande pas plus de travail aux cabinets.

SENOLOG est reconnu au point de passer des conventions à la demande de certains organismes pour leur fournir des extractions spécifiques : INCa, HAS, ARS d'Ile de France.

Un autre exemple de la reconnaissance d'OPI et de SENOLOG par différents acteurs, a été la demande du magazine « Sciences et Avenir » pour des informations afin de rédiger un article sur les observatoires de l'imagerie médicale.

Saranda Haber invite à renseigner les activités d'IRM et de biopsie puisque SENOLOG est un observatoire de la sénologie.

## FORCOMED

Jean-Philippe Masson dressait le bilan de l'activité de FORCOMED pour l'année 2012. Trois nouvelles formations ont été créées.

L'activité de PCR étant soumise à renouvellement tous les cinq ans, FORCOMED a réintroduit la formation renouvellement et créé la formation initiale. Elles sont strictement encadrées par des textes législatifs ce qui limite le choix dans leur organisation. Elles sont considérées par les participants comme complètes et intéressantes même si la rédaction des mémoires demandés est quelquefois contraignante.

Une nouvelle formation a été développée, grâce à une rencontre avec des médecins du SAMU de Paris, sur les **urgences en radiologie**. Elle est composée d'une partie théorique le matin et d'une partie pratique l'après-midi avec des gestes sur des mannequins, dont le massage cardiaque. A cette occasion, Jean-Philippe Masson rappelle que les médecins ont une obligation de moyens, pas de résultats. De ce fait, il faut pouvoir prouver, par exemple en cas de malaise cardiaque d'un patient, que le cabinet dispose des moyens de réanimation dont un défibrillateur. La formation urgence apprend à poser les électrodes et à se servir du défibrillateur.

Cette formation est prévue pour les manipulateurs comme pour les radiologues car tous doivent avoir la même réponse et la même efficacité. Les échos sont très positifs au point que certains radiologues considèrent que la formation devrait être obligatoire étant donné son utilité.

Il y a enfin la formation cône beam. La cotation CCAM du cône beam est parue au mois de juillet. Le libellé de cette cotation précise que ceux qui pratiquent cet acte doivent avoir suivi une formation spécifique. La formation dure une journée, avec une partie théorique le matin et une partie pratique l'après-midi sur console. Elle est réalisée en partenariat avec des dentistes de la faculté dentaire de Montrouge.

Cette formation deviendra commune avec celle du SIREOL, probablement à la fin du premier trimestre 2013.

Pour la **mammographie numérisée**, en six ans, FORCOMED a formé plus de 9 000 personnes, 4 400 radiologues et 4 100 manipulateurs, ce qui a permis de répondre à l'engagement pris de former 4 800 radiologues lors de la parution de l'avenant sur la numérisation. Quelques très rares radiologues n'ont pas encore été formés, ils le seront en 2013.

Une nouvelle formation, niveau 2, sera proposée, en e-learning pour ceux qui veulent aller plus loin avec de nouveaux kits de lecture. Il ne sera pas nécessaire de se déplacer mais il faudra disposer de consoles d'interprétation mammographique.

**Le DPC** doit, théoriquement, démarrer en juillet 2013. FORCOMED prépare des programmes, tant pour les radiologues (évaluation et formation) que pour les manipulateurs (formation). L'organisation du DPC sera commune à la profession radiologique à travers un organisme mis en place par le G4, qui s'occupera de gérer la formation et de valider les organismes assurant les formations.

Beaucoup de formations seront mises en place **pour les manipulateurs**, dont celle pour le cône beam pour qu'ils apprennent son positionnement et le traitement d'images. Il existera également une formation à l'anglais car c'est un

besoin dans certaines régions. Elle se fera en e-learning par classe virtuelle, afin de limiter au maximum le déplacement des manipulateurs et de réduire ainsi les coûts de transport et d'hébergement.

FORCOMED s'efforce d'augmenter le nombre de formations pour les secrétaires.

Au total, depuis 1994, plus de 42 000 personnes ont été formées



Dr Jean-Philippe Masson

## La téléradiologie

Le Secrétaire général enchaîne ensuite sur la téléradiologie. Des expérimentations de télé-médecine, dont la téléradiologie constitue une partie importante, se déploient dans différentes régions, à travers les Espaces Numériques Régionaux de Santé. Il est essentiel que les radiologues libéraux y soient présents. Les G4 régionaux sont les interlocuteurs des ARS dans le cadre de la téléradiologie.

Certaines structures juridiques sont déjà installées. La plupart sont des groupements de coopération sanitaire GCS, mais il faut demander qu'ils soient de droit privé, ce qui est le cas dans beaucoup de régions.

Le financement est le principal problème car il n'y a pas de pérennité, l'acte de télé-radiologie n'existant toujours pas. D'autre part, beaucoup de ces tentatives de déploiement en région sont assorties d'une volonté forte des ARS d'installer des PACS régionaux.

Alors que les radiologues libéraux possèdent déjà des PACS, les ARS voudraient les leur faire abandonner au profit d'un

*“ Pour la mammographie numérisée, en six ans, FORCOMED a formé plus de 9 000 personnes, 4 400 radiologues et 4 100 manipulateurs. ”*

abonnement au PACS régional, qui permettrait de financer l'installation dans les hôpitaux, alors qu'ils disposent déjà de toutes les aides pour l'amélioration de l'informatique. Il faut exiger de pouvoir connecter les PACS libéraux au PACS régional. La connexion doit être à la charge de la région.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney souligne qu'il n'est pas normal que les radiologues soient « appâtés » par la téléradiologie sous le motif de la PDS. La PDS fait partie de la téléradiologie mais elle n'est pas la téléradiologie. Il est possible d'intégrer un paragraphe relatif à la PDS dans un accord sur la téléradiologie mais pas l'inverse.

## Les personnels des cabinets médicaux.



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux exposait que la grille des personnels des cabinets médicaux présente certains inconvénients, en particulier, d'être trop resserrée.

Cette année, l'augmentation conséquente de la valeur du point de 2,5% est applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Malgré cette augmentation, le coefficient le plus bas de la grille est en dessous du SMIC, en raison de sa hausse le 1<sup>er</sup> juillet, ce qui n'est pas légal. Au début de 2013, des propositions seront faites pour revaloriser les coefficients les plus bas.

Dans le cadre des **coopérations interprofessionnelles**, deux protocoles ont été validés par l'HAS pour l'échographie d'acquisition, celui de Rouen et celui de Metz Nancy. Les manipulateurs, qui seront formés via le DIU

d'échographie, auront la possibilité de réaliser ce type d'échographies. Les représentants des employeurs de la CMP ont proposé que cette nouvelle compétence des manipulateurs soit valorisée dans la grille de 12 points supplémentaires par rapport au coefficient actuel des manipulateurs. Les syndicats ont refusé puisque, par principe, ils sont opposés à l'article 51 de la Loi HPST. Dans le cas d'un cabinet qui voudrait valoriser des manipulateurs faisant de l'échographie, il faudra passer par un accord d'entreprise.

*“La PDS fait partie de la téléradiologie mais elle n'est pas la téléradiologie.”*

Une nouvelle ligne, définie pour les secrétariats techniques assistante d'un cabinet de dermatologie, sera intégrée dans la grille, avenant N°60.

La valorisation de ces secrétaires impacte la grille et de ce fait, les manipulateurs radio ayant passé le contrôle des connaissances et les assistants des cabinets de stomatologie seront revalorisés de trois points.

Un diplôme de secrétariat technique option santé a été mis en place par l'UNAPL. Il concerne toutes les secrétaires des professions libérales. Chaque profession a une option. Cela permet aux **secrétaires de radiologie** d'accéder à un diplôme reconnu et enregistré dans le registre des diplômes nationaux et d'y accéder par la VAE.

Le Secrétaire général invite les radiologues à engager leurs secrétaires dans une procédure de VAE, prise en charge par l'OPCA PL, qui les accompagnera dans la constitution de leurs dossiers.

Après l'analyse de la VAE et de leurs compétences, un module complémentaire de formation pourra leur être proposé si nécessaire.

## Le DPC

Jean-Luc Dehaene rappelle que le Développement Professionnel Continu (DPC) consiste en l'association d'une formation cognitive et d'une analyse des pratiques professionnelles, l'APP. Cela doit se faire selon des méthodes et des modalités qui sont encore en discussion entre la HAS (HAS) et la Fédération des Spécialités Médicales (FSM).



Dr Jean-Luc Dehaene

Il y aura une action de DPC, obligatoire, annuelle, qui pourra être éventuellement contrôlée par le Conseil de l'Ordre.



Le Bureau de la FNMR

Cette action est délivrée par un organisme de DPC, enregistré par l'organisme gestionnaire du DPC et validé scientifiquement par la Commission Scientifique Indépendante.

Un problème a surgi du fait que le ministère a décidé de revoir la **composition de la Commission Scientifique Indépendante**, nommée en juin. Il y avait 17 spécialistes, 5 généralistes et 6 personnalités qualifiées, toutes étant médecins. Sous la pression des médecins généralistes, le ministère a estimé qu'il fallait une égalité, donc 17 spécialistes, 17 généralistes et 6 personnalités qualifiées.

*“ Une nouvelle application FNMR pour iPhone est disponible. ”*

Il n'apparaît pas possible que les organismes souhaitant se faire enregistrer et demander leur validation scientifique à la CSI puissent déposer leur dossier

avant juin 2013. Dans le meilleur des cas, ces organismes pourront commencer leurs enseignements à la fin du deuxième semestre 2013. Jean-Luc Dehaene invite donc les radiologues à poursuivre leurs formations avec FORCOMED.

Il attire également l'attention de ceux qui font de la radiologie interventionnelle sur le registre EPIFRI, qui est en train de se mettre en place. Un des moyens de reconnaissance et de justification de la **radiologie interventionnelle** est de bien savoir ce qui est fait. Ce registre pourra être téléchargé gratuitement sur le site de la SFR, qui le finance. Une fiche très simple permettra de constituer le dossier, qui sera ensuite télétransmis à un centre de gestion.

<sup>1</sup> L'application est disponible à ce jour sur l'AppStore au nom FNMR. Une application pour Android est en cours de développement.

Chaque radiologue pourra, ainsi, avoir un relevé de sa pratique interventionnelle. Les données seront agrégées et pourront être restituées de façon anonyme au centre d'exercice du médecin. Elles seront aussi anonymisées et centralisées au niveau national.

Jean-Luc Dehaene encourage aussi les radiologues libéraux à siéger dans les Bureaux des sociétés d'organes de la SFR et à faire acte de candidature pour siéger dans les groupes transversaux de la SFR.

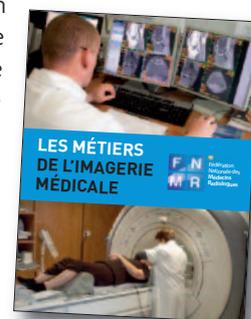
## L'accessibilité des cabinets médicaux

Plusieurs lois ont été promulguées sur ce sujet, la dernière en 2005. Elle précise les règles d'accessibilité pour les Etablissements Recevant du Public, les ERP, qui varient en fonction de la quantité de public présent en même temps dans l'établissement.

Jean-Philippe Masson informe que faute d'application correcte de la loi de 2005, et sous la pression des associations de personnes handicapées, il a été décidé de préparer une nouvelle loi, qui devrait être appliquée de manière beaucoup plus contraignante. La date limite pour que les Etablissements Recevant du Public soient en règle a été fixée à 2015.

Les cabinets médicaux sont en catégorie 5, celle qui comprend le moins de personnes reçues. Ceux construits depuis 2004, sont forcément aux normes. Pour les autres, il faudra qu'ils se mettent en règle. Un guide sera téléchargeable sur le site de la FNMR. Des dérogations pourront éventuellement être accordées dans certains cas par des commissions préfectorales.

Jacques Niney conclut la réunion en rappelant les différents moyens d'informations que la FNMR déploie pour ses adhérents : la Revue du Médecin Radiologue, la Lettre informatique, le site Internet et une nouvelle application pour Iphone disponible dans un mois <sup>1</sup>. Enfin, il signale la parution d'un livre, édité par la FNMR, sur les métiers de la radiologie qui présente tous les aspects de l'activité des médecins radiologues libéraux. ■





## UNION RÉGIONALE AUVERGNE

L'Union régionale d'Auvergne a procédé au renouvellement de son Bureau le 20 mars 2012, sa composition est la suivante :

Président :	<b>Dr Yves TRONCHE</b> (Clermont-Ferrand-63)
Vice-Présidents :	<b>Dr Yves ROULLAUD</b> (Le Puy en Velay-43) <b>Dr Gérard ROZIER</b> (Aurillac-15)
Secrétaire :	<b>Dr Thierry CHOMETON</b> (Brioude-43)
Trésorier :	<b>Dr Corinne VEST-COURTALON</b> (Cournon d'Auvergne-63)

## UNION RÉGIONALE AUVERGNE

L'Union régionale de Normandie a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 20 décembre 2012.

<b>Dr Yves TRONCHE</b> (Clermont-Ferrand-63)
<b>Dr Yves ROULLAUD</b> (Le Puy en Velay-43)

## UNION RÉGIONALE BRETAGNE

Suite à la démission du Dr Thierry BUHE, l'Union régionale de Bretagne a procédé à son remplacement par le Dr Olivier MARCHI au poste d'administrateur titulaire de la FNMR. Le Dr Eric CHEVALLIER a été nommé suppléant.

Les administrateurs de la Bretagne sont :

Titulaire :	<b>Dr Henri LE PENNDU</b> (Brest)
Suppléant :	<b>Dr Benoît GUIVARC'H</b> (Morlaix)
Titulaire :	<b>Dr Christophe LUCAS</b> (Rennes)
Suppléant :	<b>Dr Cécile LECOMPTE</b> (Rennes)
Titulaire :	<b>Dr Patrick ELIOT</b> (Lorient)
Suppléant :	<b>Dr Vincent WEPPE</b> (Vannes)
Titulaire :	<b>Dr Olivier MARCHI</b> (Saint-Brieuc)
Suppléant :	<b>Dr Eric CHEVALLIER</b> (Vannes)

## UNION RÉGIONALE CORSE

L'Union régionale de Corse a procédé au renouvellement de son Bureau le 15 décembre 2012, pour une durée de 3 ans avec une présidence régionale en alternance entre la Haute Corse et la Corse du Sud.

Président :	<b>Dr Xavier CARLOTTI</b> (Bastia-20) pour une durée de 18 mois jusqu'au 15 juin 2014 puis le <b>Dr Pierre KAEMMERLEN</b> pour 18 mois.
Vice-Président :	<b>Dr Pierre KAEMMERLEN</b> (Mezzavia-20) jusqu'au 15 juin 2014 puis le <b>Dr Xavier CARLOTTI</b> pour 18 mois.

## UNION RÉGIONALE CORSE

L'Union régionale de Corse a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 15 décembre 2012.

Délégué administrateur :	<b>Dr Didier DAVID</b> (Mezzavia-20)
Délégué suppléant :	<b>Dr Laurent APPIETTO</b> (Mezzavia-20)

## CANTAL

Suite aux élections du syndicat du Cantal du 20 décembre 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Gérard ROZIER</b> (Aurillac)
Vice-Président:	<b>Dr Pierre-Louis CLOUET</b> (Aurillac)
Secrétaire :	<b>Dr Alexis LACOUT</b> (Aurillac)
Trésorier :	<b>Dr Yannick PERRIER</b> (Aurillac)

## HAUTE-LOIRE

Suite aux élections du syndicat de Haute-Loire du 20 décembre 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Yves ROULLAUD</b> (Le Puy en Velay)
Vice-Président:	<b>Dr Jean-Pierre MARTIN</b> (Aiguilhe)
Secrétaire :	<b>Dr Jean JACOB</b> (Le Puy en Velay)
Trésorier :	<b>Dr Thierry CHOMETON</b> (Brioude)

## HAUTE-MARNE

Suite aux élections du syndicat de Haute-Marne du 21 novembre 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Jean-Charles LECLERC</b> (Saint-Dizier)
Vice-Président :	<b>Dr Luc HADOUX</b> (Chaumont)
Secrétaire :	<b>Dr Steven CASSIMAN</b> (Langres)
Trésorier :	<b>Dr Peter de MOT</b> (Chaumont)

## PUY DE DOME

Suite aux élections du syndicat du Puy de Dôme du 20 décembre 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Yves TRONCHE</b> (Clermont-Ferrand)
Vice-Président:	<b>Dr Christine BAGARD</b> (Clermont-Ferrand)
Secrétaire :	<b>Dr Corinne VEST-COURTALON</b> (Cournon d'Auvergne)
Trésorier :	<b>Dr Philippe DE PRADEL DELAMAZE</b> (Clermont-Ferrand)

## HAUTE-SAVOIE

Suite aux élections du syndicat de Haute-Savoie du 17 décembre 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Philippe COQUEL</b> (Cluses)
Vice-Président :	<b>Dr Philippe GAY</b> (Annemasse)
Secrétaire :	<b>Dr Jean-Luc MONTAZEL</b> (Annecy)
Trésorier :	<b>Dr Philippe FOUSSADIER</b> (La Roche sur Foron)



## Inscrivez-vous dès maintenant

### ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris  
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15  
info@forcomed.org



**Séminaire destiné aux  
manipulateurs diplômés ayant  
validé la formation organisation  
du dépistage analogique**

### **BULLETIN d'INSCRIPTION** à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

## **CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE**

**PARIS : VENDREDI 05 AVRIL 2013**

Nom du médecin / employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet / service : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_

#### **Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :**

OPCA-P.L.

Autre  : Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

#### **Désire inscrire :**

M. / Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Date de réalisation de la formation analogique (joindre attestation) :** \_\_\_\_\_

#### **Renseignement obligatoire**

**Inscription demandée sur la formation du : VENDREDI 05 AVRIL 2013**

Date :

Signature :

**Le prix de revient de cette formation est de 495 € par personne, déjeuner inclus.**

#### **→ Modalités d'inscription :**

##### **Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : par participant et par session :**

Joindre un chèque de caution de 300 € 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. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, ce montant sera conservé par FORCOMED.

##### **Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :**

Joindre un chèque de 495 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.

**ASSOCIATION FORCOMED**

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris  
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15  
info@forcomed.org



**Séminaire destiné aux médecins radiologues qualifiés en radiodiagnostic/ imagerie médicale ayant validé la formation L1 analogique ou « Organisation du dépistage »**

**BULLETIN d'INSCRIPTION**

(20 places par journée pratique, inscriptions enregistrées par ordre de réception des demandes)

## MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE : CONTROLE DE QUALITE ET LECTURE POUR LES 1<sup>ERS</sup> ET 2<sup>ÈMES</sup> LECTEURS

Cette session ne peut être suivie que si la formation  
« Organisation du dépistage du cancer du sein » a été validée auparavant

**La participation aux deux modules, théorique sur internet et journée pratique à Paris, est obligatoire.**

**Module théorique à valider sur internet**

**du 20 mars au 10 avril 2013**

**Module pratique 1 journée à Paris**

Merci de cocher la date de votre choix  
(attribuée dans la mesure  
des 20 places disponibles par journée)

- Mardi 14 mai 2013**  
 **Mercredi 15 mai 2013**  
 **Judi 16 mai 2013**  
 **Vendredi 17 mai 2013**

Le Dr : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins (renseignement obligatoire) : \_\_\_\_\_

Date de validation « Organisation du dépistage » : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail (renseignement obligatoire) : \_\_\_\_\_

**Désire être inscrit sur cette session de formation**

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Modalités d'inscription :** Joindre un chèque de règlement du montant suivant :

**Adhérent FNMR\* : 900,00 €uros**     **Non adhérent : 1 035,00 €uros**

\* Fédération Nationale des Médecins Radiologues

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 déjeuners) sont en sus à votre charge.



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**10194 13** La Ciotat – St-Cyr-sur-Mer (13-83), groupe 3 radiol. en SELARL cherch. remplaçant en vue d'une prochaine intégration. Accès Scanner et IRM. Compétence en imagerie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle souhaitée.

> Contact : Mme BOSELLI  
Tél. : 04.94.32.31.35.  
Email : cimgolfe@free.fr

**10195 22** Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.

> Tél. : 02.96.33.73.00.

**10196 26** Valence, cause retraite cherch. successeur, association de 2 radiologues, 3 jours ½ par semaine, 10 semaines de vacances.

> Tél. : 06.74.67.18.62.

Email : nathantilloy@orange.fr

**10197 33** Bordeaux, CUB, cause retraite, cède cab. radiol. indépendant, équipé, radio. conventionnelle, mammo. numérisé, écho., doppler, archivage, peut convenir pour 2 personnes, pas de garde.

> Tél. : 06.74.64.57.08.

**10198 34** La Grande Motte (Hérault), cède cab. radio. indépendant, entièrement équipé : salle télécom-mandé, salle ostéo., mammo., écho., numérisé, archivage. Peut exercer 2 radiol.

> Tél. : 06.11.48.12.22 .

Email : sophie@sellam.fr

**10199 35** Rennes, groupe libéral, 24 assoc., 3 cliniques, 5 cab., TDM et IRM, cherch. assoc.

> Contact : Mme LEFEUVRE  
Tél. : 02.23.25.67.33.  
Email : hlefeuvre@scm-gcn.net

**10200 38** Départ. 38-69-73, Voiron, remplacements en vue d'association et/ou collaboration au sein d'une SELARL, activités en cab. et hospitalière, accès scanner et IRM.

> Tél. : 04.76.66.10.66.

Email :  
imagerie-medicale-chartreuse@cegetel.rss.fr

**10201 44** Nantes, proche agglomération, groupe radiol., multi-sites, plateau technique complet, cherche associé.

> Tél. : 06.86.18.46.55 / 06.45.21.66.44

Email : nantesradiologie@yahoo.fr

**10202 59** Coudekerque-Branche (Nord), SELARL, 3 assoc., radio., écho., mammo., IRM et scanner privé, recherc. Remplaçant régulier, éventuelle association.

> Contact : Dr CHOUFA

Tél. : 06.08.98.18.54.

**10203 61** Alençon, SELARL, radiol. cause retraite, cherch. successeur, activité cab. et clinique avec plateau technique complet, TDM et IRM (GIE).

> Contact : Dr Jean-Claude RICHARD

Tél. : 02.33.82.49.29.

Email : doct-rain@wanadoo.fr

**10204 66** Perpignan, groupe 19 radiol., 5 sites, activités 2 cliniques et cab., plateau technique complet, imag. Conventionnelle, 2 scan., 2 IRM, cherch. 2 assoc. suite à une nouvelle autorisation IRM.

> Site web : radiopole.fr.

Email : christine.alves@radiopole.fr

**10205 75** Paris 16<sup>ème</sup> Intra-muros, URGENT, recherche radiol. Secteur II pour association.

> Tél. : 01.46.47.42.20/06.87.88.68.34.

**10206 80** Doullens, groupe 2 radiol., recherc. 1 assoc. pour une activ. à temps et revenus égaux. CIM avec équip. modernes : scan. 16b, prolong. Techn. sur Amiens (scan. 64b, 2 IRM 1,5T) et sur Arras (IRM 1,5 T). Activ. très variée : conventionnel, écho., doppler, imagerie lourde.

> Email : libessart.philippe@wanadoo.fr.

**10207 83** Hyères, groupe radiol., cherch. nouvel assoc. pour activité générale, scanner et IRM.

> Email : administrateur.radiologie@cimhp.fr

**10208 84** Région Sud-Est, Cavaillon, cause retraite cherche successeur associé(e). Radio conv (4 sites) + TDM + IRM. Expansion possible, 6 praticiens tps plein, 4 jrs par semaine.

> Contact : Dr Pierre BRUN

Tél. : 06.80.13.70.38.

Email : brunpie@wanadoo.fr

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

Le 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  
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY  
Responsables de la publicité :  
Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY  
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<sup>er</sup> trimestre 2013

# PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE  
PMFR - GÉNEBAULT**

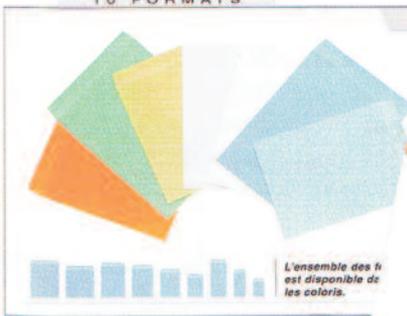
BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

## Pochettes radio

10 FORMATS



L'ensemble des formats est disponible de nos coloris.

7 coloris au choix

Descriptif

• Formats disponibles

15cm x 25cm	28cm x 38cm
16cm x 22cm	31cm x 41cm
21cm x 25cm	37cm x 37cm
22,5cm x 32,4cm	37cm x 40cm
24cm x 31cm	37cm x 45cm

## Chemises



SANS RABAT

Descriptif

Formats disponibles  
20cm x 25cm  
24cm x 31cm



AVEC RABATS

Descriptif

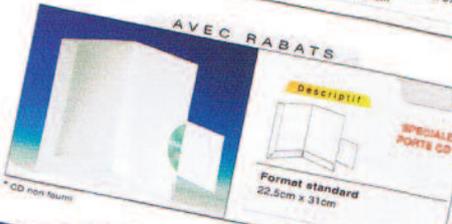
Formats standards  
20cm x 25cm - 22,5cm x 31cm  
24cm x 31cm



AVEC RABATS

Descriptif

Formats standards  
22,5cm x 31cm - 26,5cm x 37cm  
36,5cm x 43,5cm



AVEC RABATS

Descriptif

Format standard  
22,5cm x 31cm

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs  
• Impression personnalisée (logos, photos, etc)  
• Expédition 2 à 3 semaines avec impression personnalisée

Liste non exhaustive. Autres modèles sur simple demande. N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits Tél. 04 77 72 21 24

## Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Descriptif

• Formats  
28cm x 35cm  
31cm x 41cm  
40cm x 50cm

• Poignée rapportée bleue

• Impression standards

• Expédition sur stock

PERSONNALISÉS

Poignée rapportée

Descriptif

• Formats à votre demande

• Coloris blanc ou couleur à votre choix

• Impression 1, 2 ou 3 couleurs

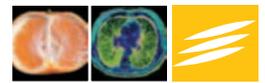


Livraison immédiate • Produits standards  
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents et aussi... cavaliers, papier en tête, cartes de rendez-vous, cahiers de rendez-vous...



# XENETIX® in Bag®



Iobitridol

## Une combinaison unique



**DENOMINATION :** XENETIX 350 (350 mg I/ml), solution injectable; XENETIX 300 (300 mg I/ml), solution injectable; XENETIX 250 (250 mg I/ml), solution injectable - **COMPOSITION** pour 100 ml : XENETIX 350 : 76,78 g de iobitridol (correspondant à 35,00 g d'iode), XENETIX 300 : 65,81 g de iobitridol (correspondant à 30,00 g d'iode), XENETIX 250 : 54,84 g de iobitridol (correspondant à 25,00 g d'iode) - **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Produit de contraste destiné à être utilisé pour : XENETIX 350 : urographie intraveineuse, tomographie intraveineuse, tomographie intraveineuse, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardiographie - XENETIX 300 : urographie intraveineuse, tomographie intraveineuse, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardiographie, cholangiopancréatographie par endoscopie rétrograde, arthrographie, hystérosalpingographie - XENETIX 250 : phlébographie, tomographie intraveineuse, angiographie numérisée par voie intra-artérielle, cholangiopancréatographie par endoscopie rétrograde - **Posologie et mode d'administration :** Les doses doivent être adaptées à l'examen et aux territoires à opacifier ainsi qu'au poids et à la fonction rénale du sujet notamment chez l'enfant (\*). **Contre-indications :** Hypersensibilité au iobitridol ou à l'un des excipients, antécédents de réaction immédiate majeure ou cutanée retardée (voir rubrique Effets indésirables) à l'injection de XENETIX, Thyrotoxicose manifeste, Hystérosalpingographie en cas de grossesse (XENETIX 250 et 300) - **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi(\*) :** Mentions générales correspondant à l'ensemble des produits iodés. Mises en garde(\*) : En l'absence d'études spécifiques, la myélographie n'est pas une indication de XENETIX. Tous les produits de contraste iodés peuvent être à l'origine de réactions mineures ou majeures, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elles peuvent être immédiates (moins de 60 minutes) ou retardées (jusqu'à 7 jours). Elles sont souvent imprévisibles. Le risque de réaction majeure implique d'avoir à disposition immédiate les moyens nécessaires à une réanimation d'urgence(\*). Produits de contraste iodés et thyroïde (\*) - **Précautions d'emploi(\*) :** Intolérance aux produits de contraste iodés - Insuffisance rénale - Insuffisance hépatique - Asthme - Dysthyroïdie - Maladies cardiovasculaires sévères - Troubles du système nerveux central - Phéochromocytome - Myasthénie - Majoration des effets secondaires - Mise en garde et Précautions d'emploi propres à certaines voies d'administration avec diffusion systémique notable(\*) - **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions(\*) :** Méformine chez le diabétique, Radiopharmaceutiques, Bêta-bloquants, Diurétiques, Interleukine 2. **Grossesse et allaitement(\*) - Effets indésirables(\*) :** Réactions anaphylactoïdes et d'hypersensibilité (\*) : Cutanéomuqueux (très rares) - Respiratoires (très rares) - Cardio-vasculaires (très rares) (\*) - Autres effets indésirables(\*) : Neurosensoriels (très rares) - Digestifs (très rares) - Respiratoires (très rares) - Rénaux (peu fréquents) - Thyroïdiens (très rares) - Effets locaux (fréquents) : Douleur et œdème locaux bénins, transitoires peuvent apparaître au point d'injection en l'absence d'extravasation du produit injecté. En administration intra-artérielle, la sensation douloureuse au site d'injection dépend de l'osmolalité du produit injecté. En cas d'extravasation (< 0,01%), une réaction inflammatoire locale, voire une nécrose tissulaire, peuvent être observées - Douleurs articulaires en cas d'arthrographie - Douleurs pelviennes en cas d'hystérosalpingographie - Non rapporté avec XENETIX : Thrombophlébite. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES(\*) - DONNEES PHARMACEUTIQUES(\*) - PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** XENETIX 350 : 3400933771072 : flc 20 ml : 10,41€ - 3400933771133 : flc 50 ml : 25,21€ - 3400956015436 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933791063 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933771362 : flc 100 ml : 46,58€ - 3400956015665 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933771423 : flc 150 ml : 67,72€ - 3400933771591 : flc 200 ml : 83,53 € - 3400933771881 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 30,64€ - 3400936915428 : poche PP 100 ml (bte 1) : 43,92€ - 3400957081690 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936915657 : poche PP 150 ml (bte 1) : 63,73€ - 3400957081751 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400936915886 : poche PP 200 ml (bte 1) : 83,53€ - 3400957081812 : poche PP 200 ml (bte 10) - XENETIX 300 : 3400933776794 : flc 20 ml : 9,15€ - 3400933776855 : flc 50 ml : 22,06€ - 3400956015726 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933776916 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933771166 : flc 100 ml : 41,31€ - 3400956015894 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933777227 : flc 150 ml : 59,81€ - 3400933770532 : flc 200 ml : 72,21€ - 3400933770990 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 27,49€ - 3400936914476 : poche PP 100ml (bte 1) : 38,26€ - 3400957082062 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936914766 : poche PP 150 ml (bte 1) : 55,23€ - 3400957082123 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400936914995 : poche PP 200 ml (bte 1) : 72,21€ - 3400957082291 : poche PP 200 ml (bte 10) - XENETIX 250 : 3400933776275 : flc 100 ml : 35,14€ - 3400956016037 : flc 100 ml (bte 10) - **CONDITIONS DE DELIVRANCE :** Liste I - Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65% - Agréés aux Collectivités - (ref 01/2012). GUERBET - BP 57400 - F-95943 Roissy CdG cedex - Tél. : 01.45.91.50.00 - (\*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Guerbet.

Guerbet



Contrast for Life