

TOUTE L'IMAGERIE DENTAIRE ET ORL À PORTÉE DE MAIN



**LE CONE BEAM PLÉBISCITÉ
PAR 200 CONGRESSISTES
AUX DERNIÈRES JFR**

Nouveau CBCT CS 9300 : La solution « tout-en-un » abordable pour des examens à faibles doses

**Diagnostic du maxillaire, de la mandibule et de l'arcade dentaire,
imagerie maxillo-faciale, exploration des sinus et des oreilles...**

quelle que soit l'indication, le CBCT CS 9300 produit des images de haute qualité et à faibles doses. Incroyablement complet et abordable, il offre un vaste choix de champs et de résolutions, et permet notamment la visualisation des structures fines de l'oreille moyenne interne. Avec la céphalométrie "one-shot" en option et le service d'une société reconnue, c'est la solution idéale pour vos examens dentaires et ORL.

Le CS 9300C Select est un dispositif médical de classe 2b fabriqué par Carestream Health Inc et dont l'évaluation de la conformité a été réalisée par BSI. Il est destiné à produire des images radiographiques numériques en deux ou trois dimensions des zones dento-maxillo-faciales. Lisez attentivement la notice d'utilisation.



© Carestream Health, Inc., Mars 2013.

Champs d'examen de
5 cm x 5 cm à 17 cm x 13,5 cm



FNMR et séminaire de Beaune : réflexions sur l'avenir

Depuis sa création, la FNMR a toujours été une force de proposition et de dialogue, animée par la réflexion collective.

La FNMR n'a jamais ignoré l'évolution sociétale et la nécessaire intégration de la vision économique face à un modèle en difficulté.

Cependant, les développements technologiques constituent aussi une amélioration du service médical rendu dans la qualité de détection et de caractérisation avec la suppression des procédures invasives à visée diagnostique et des risques relatifs, notamment liés à l'exposition aux rayonnements.

L'impact des méthodes modernes d'imagerie est souvent sous-estimé alors que l'on met en avant le coût des équipements et le coût des actes. C'est ignorer le raccourcissement des délais de diagnostic et de traitement, le raccourcissement des durées moyennes de séjour, l'augmentation du suivi ambulatoire en lieu et place des hospitalisations, l'innocuité des procédures, la diffusion des techniques et l'expertise partagée.

Or, les exercices, libéraux et hospitaliers, sont menacés par les économies aveugles qui nuisent à l'investissement sans favoriser ni les regroupements ni les projets de coopération professionnelle. La lenteur d'évolution de la CCAM, annoncée comme un outil de modernisation lors de sa création, et les pesanteurs des hautes autorités, HAS notamment, rendent encore plus cruel le découplage entre

l'évolution scientifique et la réalité du terrain. La mauvaise foi et la défiance de certains acteurs viennent aggraver les difficultés.

La méconnaissance profonde de la réalité des métiers de l'imagerie pousse les pouvoirs publics dans une direction erronée. La téléradiologie n'est pas la solution à tous les problèmes car il faut des médecins pour examiner les patients, conduire les examens, intégrer les données para-cliniques et cliniques et diffuser l'information auprès du patient comme du demandeur tout en assurant le suivi et l'archivage.

Face à la pénurie de médecins radiologues et à la nécessité d'une spécialisation, voire d'une sur-spécialisation, de nouveaux modèles d'organisation sont sans doute nécessaires. Il n'en reste pas moins que le but est d'examiner des patients, patients qui sont parfaitement conscients des enjeux et de la qualité de la radiologie française qui doit être maintenue. Le sous-équipement chronique en IRM est aussi une réalité à affronter et la responsabilité des pouvoirs publics qui refusent de laisser développer cette technique, déjà trentenaire, est majeure.

La FNMR reste une force de proposition en association avec les autres membres du G4 vis à vis des pouvoirs publics qui doivent, eux aussi, respecter leurs engagements contractuels.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 357

- Le DPC :
 - Le développement professionnel continu - DPC 04
 - DPC - HAS 06
 - DPC - OGDPC 08
 - DPC - CSI 11
 - DPC - FSM 12
 - DPC - CERF 14
 - Historique de la formation médicale continue 16
 - FORCOMED et le DPC 18
 - DPC des médecins radiologues 20
 - DPC des manipulateurs 24
 - Etat des lieux de la FMC en Europe 28
 - Lois Européennes et FMC - CEPLIS 30
 - DPC à l'anglaise et à la française 32
 - FMC aux Etats-Unis 33
 - DPC au Canada 36
 - L'Europe du DPC se fera sans la France ! 38

Réglementation du DPC	42
DPC : orientations nationales 2013	46
■ FNMR - CA du 26 01 2013	48
■ La Stratégie nationale de santé	52
■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie janvier 2013	54
■ Lecture	55
■ Assurance responsabilité professionnelle pour les salariés	55
■ Vie fédérale	56
■ Petites annonces	58
Annonces	
AGFA HEALTHCARE	05
BRACCO	09
CANAL 33	37
CARESTREAM DENTAL	02
CMPS	60
FORCOMED	22 - 26
FUJIFILM	15
GUERBET	43
PATRICK MËLCER	11
PMFR	59
UNIPREVOYANCE	27



Le développement professionnel continu - DPC

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) décidait une énième modification des règles de formation continue des médecins en instaurant le Développement Professionnel Continu, mieux connu sous le terme DPC. La loi précisait également que ce nouveau concept devait s'appliquer, non seulement aux médecins, mais aussi à l'ensemble des professions de santé dont les manipulateurs radio.

Le DPC : comment ça marche ?

Synthèse pédagogique entre la formation continue traditionnelle et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), le DPC qui s'impose à tous les médecins par période de cinq ans s'effectue dans le cadre d'un programme collectif, annuel ou pluriannuel.

Il comporte deux étapes : l'analyse des pratiques professionnelles et l'acquisition ou perfectionnement des connaissances ou compétences en trois étapes.

Au temps dédié à l'analyse des pratiques professionnelles, il s'agit d'examiner ses pratiques en rapport avec des référentiels certifiés par la profession, de procéder à une analyse critique de ses pratiques en fonction de celle attendue, de se fixer des objectifs d'amélioration et de mettre en place un suivi des actions menées.

Le temps dédié à l'acquisition de connaissances et compétences passe par le choix de supports de formation, la définition d'objectifs pédagogiques.

Enfin, une évaluation des acquis de la formation, avec un suivi des améliorations mises en œuvre conclut le processus.

Y a-t-il un pilote dans le DPC ?

Le pilotage du DPC est assuré par l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) chargé notamment d'agréer la liste des organismes chargés du DPC (ODPC), de leur verser des forfaits annuels par professionnel et par programme et d'indemniser les professionnels en fonction des programmes choisis.

La Commission Scientifique Indépendante (CSI), une par profession de santé, réunit des professionnels (un radiologue y siège) et est chargée d'émettre des avis sur les organismes et les programmes.

La liste des méthodes et modalités de réalisation du DPC a été publiée mi-janvier par la Haute Autorité de Santé (voir annexe). Elle comprend à la fois des formations présentielles classiques (congrès, séminaires), des formations non présentielles (e-learning) mais elle intègre également d'autres démarches comme les DU suivis en faculté, et des méthodes d'analyse de pratiques : actions de gestion du risque, des revues de morbi-mortalité, des groupes d'analyse

de pratiques, staffs d'équipes, des suivis d'indicateurs, des exercices coordonnés, protocoles pluri professionnels, ou encore de la maîtrise de stage, de la publication d'articles scientifiques... Le champ est volontairement vaste et balaye donc toutes les pratiques existantes liées à la démarche qualité.

Les organismes agréés (OA) et les programmes

Une liste d'ODPC agréés pour une période provisoire a été publiée sur le site de l'OGDPC début janvier. 1300 organismes (dont FORCOMED) ont été sélectionnés et pourront proposer des programmes jusqu'au 30 juin. D'ici là, les critères d'évaluation des organismes auront été rédigés par les CSI pour procéder à une deuxième évaluation, avec un agrément délivré pour cinq ans aux organismes éligibles. L'OGDPC et les CSI des différentes professions travaillent actuellement à la définition de ces critères, avec une exigence forte : tout programme devra s'appuyer sur un dispositif fiable d'évaluation des pratiques. Quant au contenu, il sera conditionné par des orientations nationales, arrêtées par le gouvernement et publiées au Journal Officiel chaque année, et assorti éventuellement de volets régionaux conçus par les Agences Régionales de Santé. Chaque année, le praticien doit s'inscrire à l'un des programmes.

L'Ordre des médecins vérifie tous les cinq ans que l'obligation de DPC a été suivie durant la période quinquennale. Il faut donc conserver précieusement les attestations délivrées par les organismes de DPC.

Le financement du DPC

Du fait de la fin du financement de la formation continue par l'assurance-maladie, au titre de la formation professionnelle conventionnelle qu'elle finançait pour un montant annuel de 75 millions d'euros, le DPC repose donc uniquement sur la quote-part de la taxe imposée à l'industrie pharmaceutique, soit environ 83 millions d'euros. En évaluant à 30 heures en moyenne par an et par médecin le temps consacré au DPC, la CSMF a calculé que

seuls 30 000 praticiens libéraux pourraient en bénéficier. alors qu'il faudrait trouver des fonds pour 112 000 praticiens libéraux. Les forfaits publiés par l'OGDPC en janvier montrent à quel point l'enveloppe est déjà contrainte. Au total, 3 700 euros par an et par médecin pourraient être engagés.

“Obligation annuelle pour les radiologues et les manipulateurs.”

Comme pour les formations précédentes prises en charge par l'OGC, le médecin sera indemnisé de son temps passé à son DPC.

Cette indemnisation sera limitée à 172,50 euros par demi-journée de présence.

Pour le non présentiel (e-learning), le médecin ne touchera qu'une indemnisation forfaitaire de 517,50 euros pour l'ensemble du programme.

La prise en charge financière sera faite par l'OPCAPL comme précédemment.

Comme on peut s'en rendre compte à la lecture de ces lignes, cette nouvelle réforme de la formation médicale continue est très complexe et sa mise en place se fera certainement de façon progressive.

Le financement reste cependant très incertain pour les médecins notamment et il est à craindre qu'un certain nombre d'entre eux ne pourra pas en bénéficier. On peut ainsi redouter que seuls ceux qui s'inscriront dans les premiers pourront être indemnisés. ■

Les manipulateurs

Pour eux, le DPC consistera en une formation annuelle, présidentielle ou non, issus des programmes correspondant aux mêmes orientations nationales que les médecins.

Dr Jean-Philippe MASSON
Secrétaire général de la FNMR



Productivité et qualité pour répondre à vos attentes



- ✓ Mammographie numérique ↔ aiguilles
- ✓ Salle de radiologie ↔ capteur dynamique
- ✓ Evolution ↔ capteur wifi
- ✓ Consoles diagnostiques ↔ évolutives

Le dispositif médical DX-D M-power, DX-M et SE de classe IIa, et le dispositif médical DX-D800, de classe IIb, fabriqués par Agfa HealthCare NV, sont à destination des professionnels de Santé dans un environnement dédié à la radiologie. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. L'évaluation de la conformité a été réalisée par Intertek Semko AB (ID : 0413). Lisez attentivement la notice d'utilisation. Mise à jour mars 2013.



DPC objectif prioritaire : améliorer constamment la qualité des pratiques et la sécurité des soins

L'aventure, commencée dans les années 1990 par la mise en place de la formation conventionnelle (à l'origine de la création de FORCOMED par la FNMR), poursuivie en 1996 par l'institution de l'obligation de formation médicale continue (FMC), complétée en 2004 par l'organisation d'une évaluation des pratiques, vient de trouver son épilogue, avec la publication récente des dix décrets relatifs au développement professionnel continu (DPC) dans des termes identiques pour l'ensemble des 17 professions de santé et de celui de création d'un organisme de gestion (OGDPC) unique, ainsi que de la quasi totalité des différents arrêtés en précisant les modalités d'application de l'article 59 de la Loi HPST.



Toutes ces années de réflexion et de concertation ont permis de constituer progressivement un dispositif équilibré reposant sur le solide trépied constitué par les professionnels pour ce qui concerne la mise en œuvre et l'évaluation, l'Etat et l'assurance maladie associés aux organisations professionnelles pour le financement et la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la « validation des méthodes et modalités ».

Ces textes permettent de reconnaître un véritable *leadership* professionnel par l'institutionnalisation pour les médecins des Conseils nationaux professionnels (CNP), véritables pierres angulaires du dispositif : le G4 pour les radiologues. La HAS par l'action de son premier président avait souhaité accompagner leur création. A ce jour, la plupart des spécialités médicales ont constitué leur CNP spécifique, ce qui en soit est une avancée remarquable. Les décrets Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins ont officialisé leur existence et précisé leur mission. Une collaboration équilibrée entre eux et les autres représentations professionnelles impliquées a

permis à la HAS de déterminer la liste des méthodes et modalités de DPC. Cette liste a été établie pour ce qui concerne les médecins spécialistes en collaboration avec la **Fédération des Spécialités Médicales (FSM)**, puis validée avec les Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) correspondantes et celle du Haut Comité pour les professions paramédicales (HCPP).

La HAS a veillé à ce que l'accent soit mis tout particulièrement sur la gestion des risques et sur l'intégration des procédures dans les différentes formes d'exercice tout particulièrement organisées dans le cadre d'équipes – le cas échéant pluriprofessionnelles – et comportant une analyse et une amélioration des pratiques.

“ Un véritable leadership professionnel par l'institutionnalisation pour les médecins des Conseils nationaux professionnels (CNP), véritables pierres angulaires du dispositif. ”

Au-delà, la HAS se propose d'accompagner les programmes qui s'intègrent au mieux dans l'exercice clinique quotidien en tenant compte à la fois de l'existant - ce qui favorisera grandement l'acceptabilité et l'efficacité – et aussi des évolutions des technologies (la place croissante des logiciels métiers, indicateurs, *reminders*), des métiers et des mentalités des nouvelles générations.

Au demeurant, un travail « méthodologique » a déjà été engagé par la HAS à travers une revue de la littérature visant d'une part, à établir l'état de l'art en matière de formation permanente et d'analyse des pratiques et d'autre part, à rechercher les éléments de preuves d'efficacité des différentes stratégies possibles. Sans surprise, les conclusions de ce travail rejoignent la notion largement partagée qu'il n'existe pas de « recette miracle pédagogique ». En revanche, l'efficacité des approches fondées sur la résolution des difficultés/problèmes pratiques ressentis par les professionnels ou à fortiori vécus par les patients (que



cette résolution passe par l'acquisition des nouveaux savoirs/compétences ou par des ajustements organisationnels ou les deux) est à nouveau étayée ; et les moyens pour y parvenir sont extrêmement variés, si bien qu'une grande latitude peut être laissée à chaque individualité ou mieux à chaque groupe, sous la responsabilité des organismes effecteurs de DPC, comme le rappelait récemment D.M. Berwick * *The methods that actually produce new, better results are those through which the processes of production the processes of work – change. Their name is legion*”. **The question of improvement.** Jama. 2012 May 16;307(19):2093-4.

Le 14 février dernier, l'annonce, par la ministre des Affaires sociales et de la Santé lors des États généraux du Lien, du **Programme national pour la sécurité des patients**, puis le 26 février la publication de la liste des orientations nationales du DPC pour l'année 2013, sont venues conforter la véritable feuille de route du DPC. Les objectifs d'améliorations sont clairement définis dans un certain nombre d'axes spécifiques dont on peut plus particulièrement extraire :

- La coordination et les coopération interprofessionnelles autour des personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques ;
- Le développement des nouvelles technologies et des systèmes d'informations ;
- La gestion des événements indésirables liés aux soins ;
- L'adaptation de l'offre de soins aux progrès diagnostiques et thérapeutiques.

Ces axes stratégiques devront être accompagnés de mesures pratiques visant à prévenir les effets iatrogènes des actes d'investigations ou des actes thérapeutiques, dont la fréquence de survenue est devenue inacceptable.

Tout autant de préoccupations que l'on retrouve clairement décrites dans les orientations nationales du DPC et dans lesquelles devront s'inscrire les programmes de DPC :

- de la promotion des actions de préventions et de dépistage ;



- de l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques ;
- de l'amélioration de la relation avec les patients, et de leur qualité de vie, notamment vis-à-vis de la bientraitance, de la prise en charge de la douleur ou de la fin de vie ;
- de la gestion des risques et la prévention des événements indésirables ;
- de l'exercice en équipes pluriprofessionnelles, de la coordination et de la coopération interprofessionnelle...



Il ne s'agit là que de quelques-unes des orientations décrites dans les six grands chapitres de l'**arrêté du 26 février 2013**, dans lesquelles s'inscrit tout particulièrement le guide sur la réalisation de programmes de DPC dans le cadre de la radioprotection des patients publié fin 2012 avec la collaboration de toutes les spécialités utilisant ou prescrivant des actes de ce type, avec bien sur en première ligne les radiologues et les manipulateurs en électroradiologie médicale (DPC&Pratiques n° 69).

Du point de vue de la Haute Autorité de Santé, ces points spécifiques paraissent particulièrement éclairants des finalités souhaitables du DPC. Il doit être délibérément utilisé non comme une fin en soi mais comme un outil au service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients, comme un moteur au service de l'évolution des métiers et des prises en charges cordonnées et comme un accélérateur au service de la modernisation de notre système de santé. ■

Jean-François THEBAUT

Membre du collège de la HAS





L'OGDPC assure la cohérence du système du DPC

La Formation Médicale Continue (FMC) et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) régissaient depuis quelques années la formation dans le domaine de la santé. Depuis le passage de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) en juillet 2009, ces termes sont remplacés par le « Développement Professionnel Continu » (DPC). Le 1^{er} janvier 2013 dernier a marqué le début de l'obligation annuelle de DPC par an, pour toute personne exerçant son travail dans le secteur médical ou paramédical au sens du code de la santé publique (Quatrième partie).

Le DPC, nouveau dispositif de formation obligatoire pour les médecins radiologues

Instauré en France par l'article 59 de la loi HPST parue en 2009 et confirmé par les décrets d'application parus depuis un an, le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation annuelle pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux et salariés.

Le DPC réunit en un seul dispositif la Formation Médicale Continue, la Formation Professionnelle Conventionnelle, qui concernait les médecins et les médecins, infirmiers et chirurgiens-dentistes exerçant en centres de santé conventionnés avec l'assurance maladie et la Formation Continue Conventionnelle, qui concernait les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, biologistes, infirmiers, orthoptistes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pharmaciens et sages-femmes et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

De ce fait, tous les médecins, libéraux, hospitaliers et autres salariés, doivent suivre un programme de DPC par an. Contrairement aux dispositifs conventionnels et aux actions de formation "one shot", le DPC s'inscrit tout au long de l'exercice du praticien et requiert la mise en place d'actions d'amélioration et le suivi. Ce dispositif permet également au médecin d'être acteur de son DPC, en choisissant librement son organisme de DPC (ODPC).

Autre élément clé de ce nouveau dispositif, la mise en place d'un seul organisme gestionnaire afin de s'assurer de la cohérence du dispositif pour l'ensemble des professionnels de santé.

L'OGDPC (organisme gestionnaire du DPC), groupement d'intérêt public (GIP), constitué par deux membres fondateurs l'État et l'assurance-maladie, assure d'une part, le pilotage du DPC dans sa globalité pour tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, et d'autre part, la gestion financière du dispositif pour les libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures

podologues, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) et les professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés.

Comment le médecin radiologue libéral peut-il remplir son obligation annuelle de DPC ?

Pour satisfaire à son obligation annuelle de DPC, le médecin devra suivre intégralement un programme de DPC déposé par un organisme enregistré et évalué favorablement par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins.



Un programme de DPC doit obligatoirement répondre à trois critères fondamentaux :

- être conforme à une orientation nationale ou régionale ;
- comporter au moins une des méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- être mis en œuvre par un ODPC enregistré par l'OGDPC et évalué favorablement par la ou les commissions scientifiques visées par les programmes de DPC (médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, professions paramédicales).

D'autres formations pourront également être considérées comme des « équivalents » aux programmes de DPC : par



Voir au-delà des apparences

⇒ **Un fort signal IRM**

⇒ **La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles que soient les indications**
(sauf foie - 0,1 ml/kg)



EFFICACITÉ et STABILITÉ

Disponible en Flacons et Seringues



COMPOSITION : acide gadobénique 334 mg / mL (0,5 M) Eau ppi. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Produit de contraste paramagnétique utilisé dans l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et indiqué dans : • IRM du foie pour la détection des lésions hépatiques lorsqu'un cancer hépatique secondaire ou primitif (carcinome hépatocellulaire) est suspecté ou connu (flacon et seringue). • IRM du cerveau et de la moelle épinière où il améliore la détection des lésions et apporte des informations diagnostiques supplémentaires comparativement à une IRM sans produit de contraste (flacon et seringue). • Angiographie par résonance magnétique (ARM) où il améliore l'exactitude diagnostique pour la détection de la maladie vasculaire sténo-occlusive cliniquement significative lorsqu'une pathologie vasculaire des artères abdominales ou périphériques est suspectée ou connue (flacon). **Posologie et mode d'administration :** *Adulte. Foie :* 0,05 mmol/kg (0,1 ml/kg de solution 0,5 M). *Système nerveux central (adulte et enfant de plus de 2 ans) et ARM :* 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg de solution 0,5 M). Eviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ;

la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. *Sujet âgé :* pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Surveiller 15 min, puis 1h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservez aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec MultiHance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de MultiHance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas hémodialisés. *Sujets âgés :* L'élimination rénale de gadobénate de dimeglumine pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction :** jamais rapportées. **Effets indésirables :** Essais cliniques cf. Vidal - Après commercialisation : observés chez moins de 0,1% des patients. Nausées, vomissements, hypersensibilité, réactions au point d'injection (extravasation) Des cas isolés de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés avec MultiHance, chez des patients ayant également reçu d'autres produits de contraste à base de gadolinium. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Produit de contraste. 3400934741128 : 5 ml en flacon, 25,44 € - 3400934741296 : 10 ml en flacon, 42,55 € - 3400934741357 : 15 ml en flacon, 60,93 € - 3400934741418 : 20 ml en flacon, 77,11 € - 3400938879667 : 10 ml seringue préremplie, 42,55 € - 3400938879728 : 15 ml seringue préremplie, 60,93 € - 3400938879896 : 20 ml seringue préremplie, 77,11 € Liste I - Remb. Séc. 65 %. Coll. Révision de la monographie : octobre 2012. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.

exemple, certains diplômes universitaires, après avis favorable de la CSI, pourront permettre au médecin de valider son DPC.

Où retrouver la liste des programmes de DPC ?

Pour savoir si le programme choisi est bien un programme de DPC, une seule référence : la liste des programmes publiée sur les sites internet www.ogdpc.fr et www.mondpc.fr. En effet, tout programme de DPC permettant aux professionnels de santé de valider leur obligation annuelle de DPC doit être impérativement publié par l'OGDPC.

Au début du mois d'avril plus de 2000 programmes de DPC étaient affichés par l'OGDPC dont 1350 dédiés aux médecins.

Comment s'inscrire à un programme de DPC ?

L'OGDPC vient d'ouvrir son site internet « www.mondpc.fr », site exclusivement dédié aux professionnels de santé qui y retrouveront l'ensemble des informations relatives au dispositif de DPC. Son ambition ? Répondre aux questions des professionnels de santé concernés par le DPC certes, mais aussi offrir aux libéraux ainsi qu'aux professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés la possibilité de s'inscrire aux programmes de DPC et de

demandeur leurs indemnités éventuelles en ligne.

“ Un incontournable, créer son compte sur www.mondpc.fr ”

En effet, le médecin radiologue libéral, éligible au financement par l'OGDPC, devra

ouvrir un compte et pourra s'inscrire via une connexion sécurisée (identifiant et mot de passe) aux programmes de DPC de son choix. Une fois son compte créé, il pourra également s'inscrire directement auprès de l'organisme qui propose ces programmes. En effet, si un médecin avait l'habitude de suivre des actions de formation auprès d'un organisme en particulier, il pourra continuer de le faire et c'est l'organisme qui transmettra directement son inscription à l'OGDPC, sous réserve que le médecin crée bien un compte sur le site www.mondpc.fr et valide ensuite son inscription via ce compte.

A noter, certains organismes de DPC bénéficiant de la période transitoire jusqu'au 30 juin 2013, et seuls habilités à dispenser des programmes de DPC, ont fait le choix de réaliser des programmes dès le 1^{er} janvier 2013, avant la

publication des orientations nationales de DPC pour 2013. Ces programmes, s'ils répondent en effet à l'ensemble des critères du DPC, seront publiés à posteriori sur les sites www.ogdpc.fr et www.monpdc.fr et permettront aux médecins les ayant suivis de valider leur obligation annuelle de DPC. L'organisme de DPC ayant organisé un programme de DPC devra remettre à chacun des médecins ayant suivi ce programme dans son intégralité une attestation de DPC.

Qui finance les programmes de DPC ?

Pour les médecins radiologues libéraux, le financement du DPC est assuré par l'OGDPC dans la limite d'une enveloppe de 3700 € par médecin et de 2990 € par programme de DPC.

Ces forfaits de prise en charge incluent d'une part, le paiement de l'organisme de DPC et d'autre part, une indemnisation du médecin pour participation.

L'indemnisation sera versée directement au médecin par l'OGDPC sur présentation d'une attestation délivrée par l'organisme de DPC et justifiant du suivi de l'ensemble des étapes d'un programme. Si le médecin abandonne le programme en cours de route, il ne pourra prétendre à son indemnisation et l'organisme ne percevra aucun forfait.

Les conditions de prise en charge des forfaits de DPC se calculeront automatiquement suite au dépôt des programmes par les ODPC et les montants de prise en charge des forfaits de DPC s'ajusteront également dès l'inscription du médecin à un programme.

Qui va contrôler le respect de cette obligation ?

C'est au conseil de l'Ordre des Médecins que revient le rôle de s'assurer du respect de l'obligation annuelle du DPC par le médecin. Il a aujourd'hui cinq ans pour mettre en œuvre les modalités de ce contrôle. Néanmoins il devra bien s'assurer que chaque médecin a bien suivi un programme de DPC depuis l'entrée en vigueur du dispositif.

Par ailleurs, le conseil de l'Ordre accompagnera les professionnels et devrait prévoir un programme de « rattrapage » si le professionnel n'a pas satisfait à son obligation annuelle de DPC, avant éventuellement d'avoir recours à des sanctions. L'Ordre pourra établir avec le praticien un plan personnalisé de DPC. ■

Dr Monique WEBER
Directeur Général de l'OGDPC



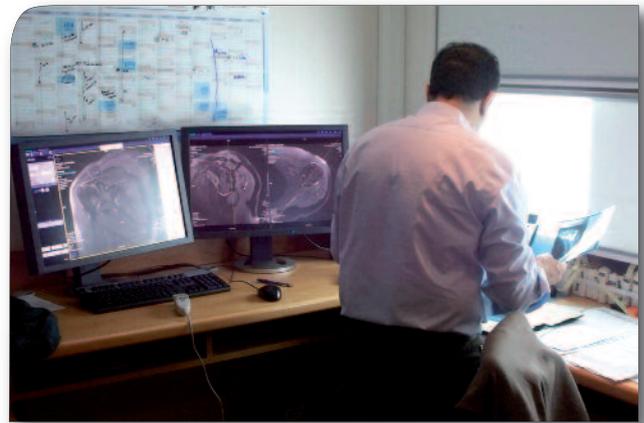
La Commission Scientifique Indépendante des Médecins

La Commission Scientifique Indépendante (CSI) des médecins, a 40 membres nommés par arrêté du ministre chargé de la santé et est composée de 17 représentants des conseils nationaux professionnels (CNP) de spécialités d'exercice autres que celui de la médecine générale (sur proposition de la fédération des spécialités médicales -FSM-), 17 représentants du CNP de la spécialité de la médecine générale (sur proposition du collège de la médecine générale), 1 représentant au titre de la Conférence des doyens, 1 représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 1 représentant au titre de la Haute Autorité de Santé et de 3 personnes qualifiées. La FSM a proposé que l'imagerie médicale soit regroupée avec la médecine nucléaire, et a proposé le Dr Pascal Bérourd (radiologue hospitalier) comme titulaire et le Dr Lemaire (médecin nucléaire libéral) comme suppléant. Il est à noter que toutes les spécialités ne sont pas représentées es qualité dans la composition de la CSI.

“La CSI est la partie “médicale” des instances nationales du DPC.”

Les missions de la CSI sont dans le cadre du DPC :

- Formuler un avis sur les orientations nationales de DPC au ministre chargé de la santé, qui les arrête après information de l'organisme gestionnaire du DPC.
- Formuler un avis sur les orientations régionales proposées par les ARS en matière de DPC.
- Etablir une évaluation scientifique des ODPC qui demandent leur enregistrement au titre du DPC et assurer son actualisation périodique. Dans le contexte actuel de démarrage du DPC, 650 dossiers d'enregistrement des ODPC seront à examiner à partir du 30 juin.
- Répondre aux demandes d'expertise que lui soumettent les instances de l'OGDPC.



- Proposer les modalités d'appréciation des critères d'évaluation mentionnés à l'article R. 4021-25 et les conditions dans lesquelles les organismes de DPC peuvent soumettre un nouveau dossier.
- Etablir la liste des diplômes d'université qui sont considérés comme équivalents à un programme de DPC.
- Formuler un avis sur les méthodes et les modalités dont la liste est validée par l'HAS et, notamment, sur les conditions dans lesquelles la participation en tant que formateur à un programme de DPC des médecins concourt au respect de l'obligation de DPC du médecin formateur.

La CSI est donc la partie « médicale » des instances nationales du DPC et a un rôle important dans la mise en place initiale du DPC et son suivi. ■

Dr Pascal BEROUD

Membre de la Commission Scientifique Indépendante



AGENCE PATRICK MELCER

Architecture Intérieure

Installation générale de cabinets de radiologie

Mise aux normes d'accessibilité suivant la loi du 11 février 2005

Bureau d'étude : 64 avenue de la Bourdonnais 75007 Paris - 01 45 27 63 77, 06 89 02 19 50, pml3@noos.fr



Le développement professionnel continu vu par la Fédération des Spécialités Médicales

Inscrit dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires, le DPC constitue pour un médecin l'obligation réglementaire de perfectionner ses connaissances, d'analyser ses pratiques, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et de prendre en compte les priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (Art. L 4133-1 de la loi HPST).

Cette démarche, derrière une formulation simple en apparence, a nécessité l'élaboration de quatre décrets et de plusieurs arrêtés. Elle implique aussi de nombreux opérateurs. C'est donc une démarche complexe et fédérer les organisations représentatives des médecins s'est vite imposé comme une nécessité pour permettre une implication médicale stratégique dans la mise en œuvre du dispositif.

La FSM, pourquoi, comment ?

La Fédération des Spécialités Médicales (FSM), association créée en 1997, regroupait initialement les sociétés savantes. Sous l'impulsion de plusieurs responsables, il a été décidé de modifier les statuts de l'association pour l'adapter à la mise en œuvre du DPC. Il fallait, pour atteindre cet objectif, que chaque spécialité médicale, chirurgicale ou médico technique y soit représentée par ses différentes composantes, syndicats, sociétés savantes, collèges universitaires au sein d'un Conseil National Professionnel (CNP) de spécialité. Le principe fondateur innovant était celui d'une représentation strictement paritaire, libérale-salariée, au sein de chaque CNP de spécialité. Par leur CNP, les praticiens sont ainsi devenus acteurs du dispositif et donc collectivement responsables, au moins en partie, de la réussite du projet.

Les nouveaux statuts de la FSM ont été adoptés en 2008. Son président est entouré par un bureau, un conseil d'administration et une assemblée générale, tous trois strictement paritaires. Toutes les spécialités ont été incitées à créer leur CNP et à ce jour, on dénombre 42 CNP adhérents. Dans le même temps, la FSM a été un interlocuteur privilégié de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) responsable de la rédaction des décrets et des arrêtés et de la Haute Autorité de Santé (HAS), acteur privilégié du dispositif et garant de la méthodologie.

Les objectifs de la FSM, ses interlocuteurs

Les CNP (Conseil National Professionnel).

Les interlocuteurs de référence de la FSM sont les CNP. En effet, ils sont la raison d'être de la FSM qui est très attachée au respect de leurs prérogatives. En privilégiant une approche

facilitatrice, transversale et subsidiaire vis-à-vis des CNP, elle peut, grâce à sa position fédératrice, favoriser le dialogue inter spécialité, rapprocher les points de vue, élaborer des synthèses consensuelles. C'est la stratégie privilégiée dans les comités de la FSM dont celui consacré au DPC lui-même et qui joue un rôle important dans la mise en place de la démarche en dialoguant avec la DGOS, la HAS, l'OGDPC.

Ces comités sont constitués par des représentants des CNP, qui expriment librement leurs opinions, mettant ainsi au cœur des réflexions et si possible des décisions, les médecins eux-mêmes à travers leurs CNP. D'autres comités se réunissent ou se préparent, tels ceux sur le cancer, sur les aspects statutaires des CNP, sur les déclarations d'intérêt, sur les registres et les coopérations interprofessionnelles.

La CSI (Commission scientifique indépendante).

La FSM est très attachée à la collégialité et au développement de l'inter spécialité, de l'interdisciplinarité et des démarches pluri professionnelles, incitant au travail sur des thèmes communs. On peut toutefois considérer comme un échec la remise en cause du décret initial de la Commission Scientifique Indépendante (CSI) qui associait toutes les spécialités, y compris la médecine générale. Sous la pression de certains représentants des médecins généralistes, ce décret a été modifié en créant deux sections, une de spécialistes et une de généralistes, appuyées par six personnalités qualifiées. La FSM est partie prenante du dispositif puisque c'est elle qui propose au ministre les représentants de la section spécialistes. Cette liste respecte toujours le paritarisme libéral-salarié. La CSI a le rôle essentiel de valider scientifiquement les organismes qui auront demandé leur enregistrement à l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), c'est à dire de donner un label qualité aux Organismes de DPC (ODPC), chargés de proposer les programmes DPC. Rappelons que ces ODPC sont régis par la règle de la libre concurrence selon la directive européenne. La fenêtre de dépôt des dossiers d'ODPC sera ouverte en juin 2013 et on s'attend à un nombre élevé de dossiers ce qui risque de compliquer le travail de la CSI notamment en termes de délais de validation des ODPC.

“ Les interlocuteurs de référence de la FSM sont les Conseils Nationaux Professionnels. ”



La HAS (Haute Autorité de Santé).

Un autre objectif, vital aux yeux de la FSM, est la mise en place d'un dispositif DPC dont la lecture soit simple pour que les médecins concernés puissent se l'approprier le plus facilement possible. Force est de constater que l'on est encore loin de cet objectif. Ceci est lié à la lenteur d'élaboration des décisions et de publication des textes réglementaires, maintes fois annoncés et reportés.

Le message de la FSM est que le DPC associe, sans les bouleverser, les démarches antérieures de formation cognitive (FMC), d'évaluation des pratiques (EPP) et parfois de gestion des situations à risques (accréditation des médecins). Ceci n'est toutefois pas exclusif de la prise en compte de nombreuses autres méthodes et modalités de DPC, adaptées aux différents types d'exercice médical, individuel ou en établissement. Ces méthodes et modalités ont été élaborées par la HAS après avis de la FSM. Elles regroupent, par exemple, et sans être limitatif, approche cognitive individuelle ou en groupe, e-learning, certains D.U., approche d'analyse des pratiques par gestion des risques, RMM, CREX, RCP, groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes, revue de pertinence, registres, observatoires, accréditation des pratiques à risque, programme d'éducation thérapeutique, protocole de coopération, certaines modalités d'enseignement et de recherche, etc... On voit que l'éventail est très large et chacun pourra, selon son activité, trouver un programme adapté. Rappelons qu'un seul programme annuel dispensé par un ODPC enregistré et validé est nécessaire pour satisfaire l'obligation réglementaire. Chaque médecin reste donc parfaitement libre de poursuivre, au delà de cette obligation satisfaite, sa démarche personnelle.

La DGOS (Direction Générale de l'Organisation des Soins).

Il convient de rappeler que ces programmes doivent être compatibles avec les orientations nationales, publiées par le ministère après avis des CNP et de la FSM. Les ARS peuvent aussi publier des recommandations régionales. Les recommandations nationales, publiées cette année sans grande concertation, sont très larges et on peut considérer que la grande majorité des programmes seront recevables à ce titre.

L'OGDPC (Organisme Gestionnaire du DPC).

La FSM a suivi avec beaucoup d'attention l'émergence de l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC). C'est un GIP chargé de l'organisation pratique du DPC, de son financement et de la gestion complexe des différents aspects, d'autant que cela concerne toutes les professions de santé. Géré paritairement par

l'Etat et l'Assurance Maladie (six membres) et par les professionnels de santé (six membres) dans un conseil de gestion, il est chargé d'enregistrer les dépôts de dossier des Organismes de DPC, de les transmettre aux CSI pour leur évaluation scientifique et de répartir le financement disponible aux organismes et aux professionnels de santé. Ce financement disponible ne sera malheureusement pas à la hauteur des prévisions puisque, contre toute attente, l'assurance maladie a suspendu sans explication sa participation financière annuelle à la formation conventionnelle et que la contribution émanant de la taxe de l'industrie pharmaceutique ne sera que partiellement attribuée à l'OGDPC. Il sera difficile mais indispensable de répartir équitablement les fonds disponibles entre les différentes catégories de professionnels et de mode d'exercice.

L'OGDPC doit tenir à jour sur son site la liste des ODPC et y permettre l'inscription des professionnels sur le programme de leur choix. Des représentants de la FSM siègent au conseil de surveillance de l'OGDPC mais pas au conseil de gestion.

Les ODPC (Organisme de DPC).

Nous sommes début 2013, dans une période transitionnelle qui voit la migration partielle des organismes précédemment agréés pour la FMC et l'EPP en ODPC, enregistrés par l'OGDPC et validés par la CSI. Fin 2013, cette migration sera terminée. Le bilan en sera fait par les différents acteurs et par la FSM qui préconise la création d'ODPC de spécialité. Des statuts types ont été élaborés pour favoriser cette démarche qui peut sembler complexe selon l'existant et la situation propre à chaque CNP. Mais il apparaît très important à la FSM que les CNP s'impliquent fortement dans la démarche du DPC en se positionnant résolument en tant que conseil vis à vis de ses mandants et en supervisant les différentes étapes de mise en œuvre et de réalisation. C'est pourquoi la FSM prépare activement une plate forme informatique ergonomique, facilement et librement accessible aux médecins et aux CNP, compatible et communiquant avec celle de l'OGDPC.

AU TOTAL, la FSM a voulu aider tous les médecins spécialistes en les rassemblant autour du DPC, dispositif de qualité et de sécurité des soins, et en leur permettant de mettre en commun les caractéristiques et les impératifs de chacune des spécialités. Ceci en respectant les prérogatives des instances représentatives des spécialités, regroupées pour chacune d'entre elles, de façon paritaire, au sein des CNP.

Le poids de la FSM a permis d'améliorer partiellement un dispositif complexe mais qui est basé sur un modèle simple d'association de deux temps successifs et indissociables d'acquisition cognitive et d'analyse des pratiques. Les médecins spécialistes doivent, après une période transitionnelle en cours, maîtriser les outils du DPC et faire la preuve de leur professionnalisme. ■

Dr Jean-Luc DEHAENE
Trésorier FSM





De la formation initiale à la formation continue, la position du CERF

La mise en place du programme de Développement Professionnel Continu se doit d'être articulé avec celui de la formation initiale de nos DES. Actuellement, dans la maquette que nous connaissons, tous les internes reçoivent la même formation, du moins en théorie. Ceci est théorique puisque, si le programme des enseignements présentiels est basé sur une liste d'objectifs communs et consensuels, ces cours ne sont pas toujours délivrés à l'identique dans toutes les universités. De plus, les parcours de stage demeurent libres, au gré des choix semestriels, ce qui conduit à des hétérogénéités des compétences acquises. Ceci peut être considéré, à juste titre, comme un inconvénient mais constitue également une richesse, à l'origine de profils de praticiens très différents les uns des autres.

La mise en place par le CERF de modules nationaux couvrant les enseignements de base vise à éliminer ces hétérogénéités dans les domaines des connaissances techniques et générales que tout radiologue se doit d'acquérir. Par contre, les enseignements de sur-spécialité d'imagerie par organe sont et demeureront inégalement délivrés, en fonction des capacités d'enseignement (et du nombre d'enseignants), d'une part, et des orientations des futurs praticiens, d'autre part. Ainsi :

- Pour assurer à tous les internes DES l'accès à tous les objectifs d'enseignement, le CERF déploie progressivement, depuis l'an dernier, des référentiels de spécialité, qui seront enregistrés puis mis à la disposition des enseignants et des enseignés en cas de besoin. Ce programme se poursuivra sur plusieurs années et sera renouvelé régulièrement.
- En ce qui concerne les orientations de nos futurs radiologues, notre discipline s'est largement prononcée pour une formation de sur-spécialités d'imagerie d'organe avec un socle commun. Cette diversité de formation doit donc se pérenniser, mais en organisant les cursus. La mise en place de la future maquette, qui dépendra des conclusions de la CNIPI 2, nous aidera à finaliser ces programmes de formation, théoriques et pratiques, pour chacune des sur-spécialités.

L'avenir nous amène donc à construire cette diversité en définissant, pour chaque cursus de sur-spécialité, ce qui doit relever de la formation initiale. Dans ce contexte, le recours pour les internes DES aux DUs et DIUs ne doit en principe pas s'envisager. Ces diplômés ne doivent être vus que dans le cadre de la formation continue, en complément des programmes de chaque sur-spécialité. La mise en ligne des référentiels de spécialité est là pour conforter ce bagage initial

Néanmoins, il faudra voir comment certains DUs et DIUs peuvent aussi s'intégrer dans le cadre d'une formation de sur-spécialité pour acquérir le niveau 3. Si ce niveau doit être intégré à une période d'« assistantat » du futur DES, il est très possible qu'il doive alors également relever de la formation initiale : ceci dépendra encore des résultats de la CNIPI 2 et nous amènera vraisemblablement à élargir les objectifs de cette dernière.

Quoiqu'il en soit, les DUs et DIUs vont jouer un rôle important à l'avenir dans le DPC, au même titre que les autres formations validées par l'ODPC. La plupart de ces formations cognitives

serviront aux jeunes praticiens diplômés à élargir leurs champs de compétence au-delà de leur sur-spécialité, ou de se réorienter vers une autre sur-spécialisation, ceci en fonction de leurs contraintes d'exercice ou de leurs choix professionnels. Ces formations devront répondre au cahier des charges des ODPC, qui, concernant les DUs, seront les universités contractantes.

Les enseignants du CERF doivent donc s'investir pour sensibiliser les DES au contexte du DPC, en particulier au volet Amélioration des Pratiques Professionnelles (APP) qui est peu appréhendé aujourd'hui dans les programmes. La formation initiale constitue un socle de connaissances indispensable mais nécessairement évolutif dont la mise en œuvre doit réglementairement faire l'objet d'une APP suivie de mesures correctives et d'un suivi

La limite entre formation initiale et formation continue reste donc floue en cette période de transition. Quoiqu'il en soit, le CERF doit assumer ses engagements vis-à-vis des étudiants du 3^e cycle de radiologie et durant le « post internat » (climat, assistantat ...), en leur assurant un contenu de formation théorique et pratique qui couvre l'ensemble de leurs domaines d'exercice, et ceci dans chaque sur-spécialité. Le recours à des formations complémentaires ne pourra s'envisager, dans le cadre du DPC, que pour aller au-delà des objectifs fixés pour ces sur-spécialités ou pour réactualiser ses connaissances. Tous les organismes validés ODPC auront alors un rôle majeur à jouer. Enfin, si la place des enseignants s'annonce centrale dans les deux catégories de formation, initiale et continue, à la fois pour délivrer les connaissances et évaluer les pratiques, elle nécessitera qu'ils maîtrisent et s'approprient tous les mécanismes de régulation de ce DPC. ■



Dr Nicolas GRENIER,
Président du CERF



Dr Olivier HÉLÉNON,
Secrétaire général du CERF



Dr Louis BOYER
Vice-Président du CERF

Systeme d'imagerie et d'information radiologique nouvelle generation



SYNAPSE®

► La suite logicielle adaptable,
évolutive et 100% web

www.fujifilm.eu/fr

FUJIFILM

ImageetTexte.com - 16882 - Crédits : Fuji, DR.



Historique de la formation médicale continue

Les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont toujours eu le devoir déontologique de se former : il exige du médecin qu'il donne des soins " conformes aux données acquises de la science ".

Cette obligation de compétence est devenue de plus en plus difficile à satisfaire en raison de la complexité croissante de la médecine. Elle nécessite une évaluation régulière.

Or, les études, essentiellement étrangères consacrées à l'impact de la formation continue, ont montré qu'elle a peu d'effet direct sur les pratiques, dès lors qu'elle emprunte des formes pédagogiques didactiques traditionnelles (cours magistraux).

De plus, les choix de formation par les médecins se portaient plus volontiers sur l'acquisition de connaissances sur les nouvelles pratiques et/ou sur l'actualisation des connaissances sur des sujets que l'on connaissait déjà.

Les premières obligations sont apparues au moment du fameux « plan Juppé » qui rendait obligatoire seulement la formation médicale continue (FMC). Plusieurs années ont été nécessaires pour aboutir à un système de crédits (comme cela existe dans beaucoup de pays, notamment anglo-saxons) obtenus par l'attribution de points en nombre variable selon les formations et leur durée. Les thèmes validants étaient très diversifiés, les activités professionnelles syndicales, par exemple, étant acceptées.

Cette FMC était organisée et indemnisée pour les médecins libéraux à travers des règles conventionnelles et un organisme gestionnaire (OGC) qui validait des organismes de formation et leurs programmes. Il est à noter que ce type de formation et les sommes allouées pénalisaient grandement les spécialités techniques comme la nôtre.

En 1996, l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril relative à la

maîtrise médicalisée des dépenses de soins a donc renforcé le simple devoir déontologique par une obligation légale pour tout médecin de se soumettre à une formation continue (FMC) ainsi qu'à une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et a prévu un ensemble de règles et de contrôles.

Cette EPP se faisait par l'inscription à des organismes agréés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et consistait en un ou des programmes sur cinq ans. Il n'y avait aucun financement prévu sur le plan conventionnel et ces programmes étaient totalement à la charge des médecins. L'utilité de cette EPP a été confortée par

son application directe, notamment dans le cadre des accréditations des radiologues, gynécologues et sages-femmes par les réseaux de périnatalogie pour le dépistage de la trisomie 21.

Les difficultés à organiser et à financer la FMC et l'EPP, les changements successifs de responsables aux niveaux ministériels et surtout la séparation entre les dispositifs de formation continue et d'évaluation des pratiques ont entraîné des reports dans la mise en œuvre concrète de ceux-ci. Les deux activités (FMC et EPP) étant complémentaires,

il a été décidé, dans la loi HPST, de les regrouper dans une seule démarche.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires substitue à la formation continue le Développement Professionnel Continu (DPC) qui « a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une



obligation pour les médecins » (article L. 4133-1 du code de la santé publique).

Il est complété par l'article 11 du code de déontologie médicale (article R.4127-11 du code de la santé publique) : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de Développement Professionnel Continu (DPC)* ».

Dans la pratique, les règles et le mode de fonctionnement du DPC ne sont réellement mis en place que depuis le début 2013.

Pourquoi ?

En raison de la complexité du système nécessitant l'intervention de nombreux organismes :

- **l'HAS** : liste des méthodes et des modalités permettant de satisfaire à une obligation de DPC :
 - promouvoir la gestion des risques et la sécurité,
 - intégrer les programmes au plus près de la pratique,
 - promouvoir les programmes pluridisciplinaires.

Pour la radioprotection : « Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé : Guide méthodologique » (novembre 2012)

- **l'Organisme de gestion du DPC (OGDPC)** :
 - Groupement d'Intérêt Public (GIP) constitué paritairement par l'Etat et l'UNCAM,
 - assure le pilotage du DPC dans sa globalité pour tous les professionnels de santé,
 - gère la partie financière du DPC,
 - contrôle les organismes de DPC (ODPC : organismes de formation),
 - sources de financement : contribution de l'UNCAM, dotation de l'Etat, quote-part de la contribution de l'industrie pharmaceutique.

- **la Commission Scientifique Indépendante** (CSI médecins) composé de deux sous-sections : l'une de généralistes, l'autre de spécialistes :



- définissent les modalités d'appréciation des critères d'évaluation,
- évaluent les dossiers des organismes enregistrés (ODPC),
- émettent un avis sur les orientations nationales et régionales, les méthodes et modalités HAS et la liste des pièces justificatives à joindre à l'enregistrement d'une formation annuelle de DPC.

On le voit, le chantier de la FMC, pourtant fondamentale pour la qualité des soins délivrés par les médecins pour leur patient dure depuis une trentaine d'années. Le nouveau système proposé, le DPC est extrêmement complexe et très ambitieux puisqu'il s'adresse à la totalité des professions de santé, médicaux et para médicaux soit un million de personnes par an. Il reste maintenant à voir s'il sera plus efficace que les systèmes précédents. ■

Dr Philippe MARELLE

Dr Jean-Philippe MASSON



Haute Autorité de Santé



FORCOMED et le DPC

L'expérience de FORCOMED et de CEPPIM nous avait convaincu que l'association de la formation continue et de l'évaluation des pratiques était la meilleure façon d'améliorer nos connaissances et nos compétences : chaque fois que nous avons demandé à nos participants de répondre à un questionnaire préalable ou d'apporter tel ou tel document personnel de travail le jour de la formation, leur implication dans les enseignements et l'interactivité était meilleure.

L'attente de la mise en place du DPC a été longue : apparition « au compte-goutte » des différents textes officiels et imprécision de la méthodologie, autant de freins à notre travail de construction qui s'est donc limité pendant plus d'un an à une réflexion sur les thèmes sans connaître la liste officielle des orientations ; ce n'est que ces tous derniers temps, les documents de méthodologie HAS étant enfin parus et l'OGDPC ayant précisé les règles organisationnelles et financières, que nous avons pu réellement monter nos programmes. Ayant été validé par l'OGC depuis 2006, FORCOMED était d'emblée enregistré comme organisme de DPC (ODPC) compte-tenu de son expertise et était donc autorisé à proposer des programmes dès l'ouverture du site d'enregistrement de l'OGDPC fin mars.

Cette élaboration a tenu compte de plusieurs règles :

- suivre le principe fondateur de FORCOMED : être au service des radiologues et de leurs collaborateurs. Il s'agit de leur permettre de satisfaire une obligation annuelle avec des programmes intéressants, pratiques, adaptés à la vie quotidienne des centres d'imagerie.
- conserver un esprit « maison », avec une pédagogie adaptée, par des professionnels en exercice, issus de tous les secteurs d'activité, libérale ou hospitalière.
- proposer plusieurs formules différentes selon les possibilités et les préférences de chacun :
 - présentiels, permettant l'interactivité et la convivialité que les participants apprécient dans les commentaires des évaluations des formations FORCOMED
 - à distance, par e-learning, utilisant les nouvelles technologies multimédias de l'internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage qui se fait au rythme individuel en évitant les déplacements ; rappelons que notre expérience d'e-learning a maintenant plus de 4 ans, avec la mise en place de la formation initiation au dépistage du cancer du sein et de la formation théorique à la mammographie numérique en 2009.
- Créer des formations pour des équipes fonctionnelles, associant les radiologues et les manipulateurs dans le programme « formation aux gestes d'urgences en radiologie », et les manipulateurs et les secrétaires dans le programme « outils d'amélioration du travail d'un cabinet de radiologie ; organisation et gestion de la relation humaine »



Le choix des thèmes s'est fait au cours de réunions des organisateurs FORCOMED, accueillant de nouveaux intervenants experts sur les sujets innovants. Les thèmes anciens, principalement en sénologie et en radioprotection, ont été adaptés, pour les radiologues, en programme de DPC. De nouveaux thèmes aidant à l'évolution professionnelle ont été choisis : télémédecine, informatique, Projet Professionnel Commun.

“FORCOMED était d'emblée enregistré comme ODPC, compte-tenu de son expertise.”

Des groupes de travail se sont constitués, pour élaborer des programmes dans le respect de la méthodologie HAS, avec, pour les radiologues, 3 étapes distinctes : l'analyse des pratiques, l'amélioration des connaissances et /ou des compétences et le suivi de l'amélioration des pratiques. L'ensemble se déroulera sur une période de 2 à 6 mois, selon l'activité choisie.

Pour les manipulateurs, le DPC ne comporte qu'une étape d'amélioration des connaissances et/ou compétences orientée vers l'amélioration des pratiques. Elle se fera en présentielle, sur une journée, ou à distance, par e-learning.

Voici la liste des programmes de DPC que nous proposons dès le mois d'avril 2013.

→ Pour les radiologues :
E-learning : Amélioration de la lecture des mammographies dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer du Sein pour les radiologues 1 ^{ers} lecteurs, sur leur propre console numérique dédiée
E-learning : Dossier médical et sécurité informatique
E-learning : La matériovigilance, la pharmacovigilance et l'identitovigilance
E-learning : Téléradiologie : Mise en place d'un réseau sur un territoire de santé et son interconnexion avec la région
Amélioration de la lecture des mammographies pour les radiologues 1 ^{ers} lecteurs dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer du Sein sur console numérique dédiée
Clarté nucale et dépistage de la trisomie 21
Gestes d'urgence en radiologie, la prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire
Perfectionnement en échographie mammaire
Projet professionnel commun en imagerie médicale sur un territoire de santé
Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en radiologie conventionnelle
Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en scanographie
Responsabilité en échographie obstétricale
Responsabilité médicale du radiologue

→ Pour les manipulateurs :
E-learning : Gestion du matériel dans les cabinets ou services d'imagerie médicale
E-learning : Remise à niveau d'anglais pour une meilleure prise en charge des patients étrangers par le manipulateur en radiologie
E-learning : Les différentes vigilances dans un cabinet ou service d'imagerie médicale
Manipulatrice(teur) en radiologie : J'améliore la qualité des mammographies (perfectionnement)
Dépistage Organisé du cancer du sein : Actualités et recommandations en 2013
Outils d'amélioration du travail secrétaire-manipulatrice(teur) d'un cabinet de radiologie : Organisation et gestion de la relation humaine
Gestion d'un examen IRM du genou et de l'épaule
Radioprotection des patients : Savoir rédiger une procédure et connaître les facteurs d'influence pour optimiser un examen en scanographie
Radioprotection des patients : Savoir rédiger une procédure et connaître les facteurs d'influence pour optimiser un examen en radiologie conventionnelle
Le Manipulateur, acteur de la radioprotection en imagerie médicale
Gestionnaire PACS et réseaux - Présentation des technologies d'avenir
Gestion d'un examen Cone-Beam en odonto-stomatologie (CBCT)

Ces listes sont évolutives : d'autres thèmes sont en préparation, de façon à ce que tous les acteurs de l'imagerie médicale puissent trouver à FORCOMED un moyen d'améliorer leurs pratiques et de satisfaire à leur obligation annuelle de DPC. ■



Dr Isabelle BRAULT
Responsable formation



Les programmes DPC de FORCOMED

DPC des médecins radiologues



E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ **Amélioration de la lecture des mammographies pour les radiologues 1^{ers} lecteurs dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer du Sein sur leur propre console numérique dédiée.**

Ce programme est destiné aux radiologues participant au DOCS depuis au moins 2 ans, ayant validé la formation réglementaire Forcomed initiale, équipés à leur cabinet d'une console de lecture dédiée à la mammographie.

Il a été mis en place suite à de fréquentes suggestions des radiologues lors de l'évaluation de la formation initiale au dépistage, pour poursuivre l'entraînement évalué à la lecture des mammographies. Il permet l'amélioration des performances (transmises annuellement par votre structure de gestion départementale) en lisant des kits correspondant à toutes les situations du dépistage ; difficultés de détection, classement pertinent en ACR, appréciation de l'insuffisance technique des clichés.

E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ **Dossier médical et sécurité informatique**

Programme destiné aux médecins radiologues équipés à leur cabinet ou à leur domicile d'un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

Ce programme permet d'assurer que la coopération professionnelle et interprofessionnelle d'une part et que les coordinations des soins autour du patient d'autre part, respectent bien la législation sur le secret médical. Il permet aussi d'informer sur les obligations réglementaires lors du stockage ou d'échange d'information à caractère médical. L'accent est mis sur la compréhension des normes techniques en vigueur et des différentes solutions de stockages et d'échange de données.

E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ **La matériovigilance, la pharmacovigilance l'identitovigilance**

Programme destiné aux médecins radiologues équipés à leur cabinet ou à leur domicile d'un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

L'objectif est de connaître et savoir appliquer la législation concernant les différents types de vigilances qui s'imposent dans nos services pour la sécurité des patients. A travers les sujets sensibles et à risque judiciaire que sont la pharmaco, la matério et l'identitovigilance, seront abordés l'intérêt de rédiger des procédures et de mettre en place une démarche de gestion de risques. Traite l'ensemble du chapitre du référentiel de labellisation consacré aux vigilances.

E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ **Téléradiologie : Mise en place d'un réseau sur un territoire de santé et son interconnexion avec la région**

Programme destiné aux médecins radiologues équipés à leur cabinet ou à leur domicile d'un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

La téléradiologie est une des priorités du déploiement de la télémédecine par les ARS. Les radiologues doivent connaître les recommandations de la profession, les bases juridiques permettant la mise en place des structures qui seront responsables de ces réseaux de téléradiologie et les règles techniques garantissant qualité et sécurité des patients.

➔ **Clarté nucale et dépistage de la trisomie 21**

Programme recommandé aux médecins radiologues et gynécologues impliqués dans l'échographie anténatale.

L'arrêté du 23 juin 2009 a défini les bonnes pratiques concernant le dépistage des anomalies chromosomiques y compris la trisomie 21. Après une évaluation sur dossiers des pratiques professionnelles (mesure de la nuque, longueur crano-caudale), un rapport détaillant les résultats est alors envoyé au praticien. Une formation avec ateliers d'une journée comprend l'étude des différentes méthodes de dépistage de la trisomie 21 et des principales anomalies chromosomiques et une mise au point sur l'optimisation du dépistage. Réévaluation des pratiques deux mois plus tard.

➔ **Perfectionnement en échographie mammaire**

Programme recommandé aux médecins radiologues impliqués dans l'imagerie sénologique.

L'échographie mammaire est un acte fréquent, opérateur dépendant, qui constitue un indicateur de pratique sénologique. Ce programme de DPC permet aux radiologues un audit de leurs pratiques sur internet à l'aide d'une grille sur 15 comptes-rendus d'échographie mammaire. L'analyse collective des besoins sera faite au début de la séance présentielle ; un cours de « bonnes pratiques de l'acte » et la présentation illustrée du référentiel Bi-rads échographique précéderont les ateliers interactifs de classification des images et de cas cliniques issus de la pratique quotidienne.

➔ **Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en scanographie**

Le but du programme est de proposer aux radiologues des outils d'aide à l'amélioration de leur activité permettant d'harmoniser les pratiques, d'optimiser leurs procédures et de gérer le risque. L'évaluation des Niveaux de Référence

Diagnostic (NRD) correspond actuellement à une obligation réglementaire concernant quelques examens listés par l'IRSN. De plus, ils ne prennent en compte qu'une acquisition par examen. Lors de cet enseignement, nous souhaitons analyser la dose délivrée par une procédure d'examen pouvant nécessiter plusieurs acquisitions.

➔ **Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en radiographie conventionnelle.**

Proposer aux médecins des outils d'aide à l'amélioration de leur activité permettant d'harmoniser les pratiques, d'optimiser leurs procédures et de gérer le risque. L'évaluation des Niveaux de Référence Diagnostic (NRD) correspond actuellement à une obligation réglementaire concernant quelques examens listés par l'IRSN. De plus, ils ne prennent en compte qu'une incidence par examen. Lors de cet enseignement, nous souhaitons analyser la dose délivrée par une procédure d'examen pouvant nécessiter plusieurs incidences.

➔ **Responsabilité en échographie obstétricale.**

Programme recommandé aux médecins impliqués dans l'échographie anténatale (radiologue, gynéco obstétricien, échographiste) souhaitant améliorer et sécuriser leur pratique quotidienne par une meilleure connaissance de leurs devoirs en responsabilité.

En mettant fin à la jurisprudence « Perruche », la loi du 4 mars 2002, reconnue conforme à la Constitution a permis la poursuite du diagnostic anténatal et en particulier de l'échographie. Après un questionnaire permettant l'évaluation de vos pratiques professionnelles, un rappel synthétique des notions de droit médical appliquées à l'échographie obstétricale est présenté. Une formation interactive est ensuite proposée à partir de cas jugés permettant d'appréhender le raisonnement judiciaire, de connaître les moyens pratiques de limiter les risques de procédures et de réaliser ces échographies dans un climat serein et sécurisé.

➔ **Gestes d'urgence en radiologie, la prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire.**

L'objectif est d'actualiser nos connaissances sur la prise en charge de l'urgence : composition du chariot d'urgence, gestes de base indispensables à effectuer avant l'arrivée du SAMU. Le respect de notre obligation de moyens sera systématiquement recherché par le juge en cas de litige. Cette formation pratique, réalisée en partenariat avec des médecins urgentistes, aborde les spécificités de l'imagerie médicale, en particulier la question de l'allergie aux produits de contraste. Elle traite l'ensemble du chapitre du référentiel de labellisation consacré à l'urgence.

➔ **Amélioration de la lecture des mammographies pour les radiologues 1^{ers} lecteurs dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer du Sein.**

Programme destiné aux radiologues participant au DOCS depuis au moins 2 ans, ayant validé la formation

réglementaire Forcomed initiale, incluant une partie présente pour valider notamment les ateliers de lecture de kits de dépistage sur console.

Ce programme de DPC a été mis en place à la suite des suggestions fréquentes des radiologues dans leur évaluation de la formation initiale au dépistage pour poursuivre l'entraînement évalué à la lecture des mammographies. Il permet l'amélioration des performances (transmises annuellement par votre structure de gestion départementale) en lisant des kits correspondant à toutes les situations du dépistage ; les difficultés de détection, classement pertinent en ACR, appréciation de l'insuffisance technique des clichés.

➔ **Projet professionnel commun en imagerie médicale sur un territoire de santé.**

Le « Projet Professionnel Commun » (PPC) vise à assurer la continuité de l'imagerie dans un territoire donné par une meilleure organisation et une répartition optimale des ressources liées à la baisse de la démographie radiologique. Cette mise en œuvre utilise des outils juridiques et organisationnels dont les radiologues n'ont pas la maîtrise quotidienne. Elle a pour but de compléter vos connaissances dans le domaine du management professionnel afin de permettre de mettre en œuvre le PPC et ainsi de s'adapter aux évolutions du système de santé et à ses répercussions sur les conditions d'exercice, en intégrant les nouveaux enjeux associés à la territorialité et la pluridisciplinarité.

➔ **Responsabilité médicale du radiologue.**

Programme tourné vers la pratique professionnelle quotidienne, basé sur le risque médico-légal. Après un questionnaire permettant l'évaluation des pratiques professionnelles, un rappel synthétique des notions de droit médical est présenté ; une formation interactive est ensuite proposée à partir de cas concrets et d'une mise en situation face au déroulement d'une expertise judiciaire. L'occasion de mettre à jour des connaissances qui peuvent faire défaut dans nos cursus, et de se rappeler les bonnes pratiques professionnelles pour se prémunir des risques judiciaires ou de se défendre au mieux lorsque sa responsabilité est mise en cause.

➔ **IRM mammaire.**

Programme en cours de création.

**Chacun de nos programmes de DPC
médecins est constitué de 3 étapes**

**(Analyse des pratiques, amélioration,
suivi des actions d'amélioration),**

**chaque étape aura un temps
dédié, sur internet ou en présentiel,
qu'il faudra respecter.**



Programme de DPC médecins financé et indemnisé par l'OGDPC



FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS • tél. : 01.53.59.34.02 • fax : 01.45.51.83.15 • mail : info@forcomed.org

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à FORCOMED – Inscriptions enregistrées par ordre de réception

Intitulés	Dates des étapes			Cochez votre choix
E-learning AMELIORATION LECTURE MAMMO	1) du 15/05 au 30/06	2) du 09/09 au 29/09	3) du 30/09 au 30/11	
E-learning DOSSIER MEDICAL	1) + 2) du 03/06 au 30/06		3) du 05/09 au 29/09	
E-learning LES DIFFERENTES VIGILANCES	1) du 30/06 au 15/09	2) du 07/10 au 30/10	3) du 31/10 au 30/11	
E-learning TELERADIOLOGIE	1) + 2) + 3) du 16/09 au 06/10			
CLARTE NUCALE DEPISTAGE TRISOMIE 21	1) du 30/04 au 30/06	2) le 06/09 à Paris	3) du 30/09 au 30/11	
PERFECTIONNEMENT EN ECHO MAMMAIRE	1) du 30/04 au 20/07	2) le 06/09 à Paris	3) du 07/09 au 30/11	
RP : SUIVI DOSIMETRIQUE SCANNER	1) du 06/05 au 02/06	2) le 19/06 à Paris	3) du 20/06 au 22/07	
RP : SUIVI DOSIMETRIQUE RADIOLOGIE CONV ^{elle}	1) du 13/05 au 10/06	2) le 26/06 à Paris	3) du 27/06 au 27/07	
RESPONSABILITE EN ECHO OBSTETRICALE	1) du 30/05 au 30/06	2) le 07/09 à Paris	3) du 09/09 au 30/11	
GESTES D'URGENCE EN RADIOLOGIE	1) du 30/06 au 09/09	2) le 27/09 à Paris	3) du 28/09 au 20/11	
AMELIORATION LECTURE MAMMO	1) + 2) le 19/09 à Paris		3) du 20/09 au 30/11	
PROJET PROFESSIONNEL COMMUN	1) + 2) le 03/10 à Paris		3) du 04/10 au 20/11	
RESPONSABILITE MEDICALE DU RADIOLOGUE	1) du 30/05 au 30/06	2) le 26/09 à Paris	3) du 27/09 au 30/11	

Mme/M. le Dr : Nom : _____ Prénom : _____

Pour les médecins désirant suivre le programme d'amélioration de la lecture des mammographies en E-Learning,

indiquer la marque et version de la console utilisée : _____

Date de naissance : _____ N° RPPS : _____

Département d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Téléphone : _____

Adr. mail : _____

Souhaite participer au programme de DPC, aux dates indiquées

Mandate FORCOMED pour m'inscrire sur www.mondpc.fr

Fait le : _____

Signature : _____

Modalités d'inscription : adresser à Forcomed :

- ce bulletin dûment complété et signé
- une feuille de soins Cerfa annulée
- la fiche individuelle de renseignements d'inscription au DPC 2013 (fiche ci-dessous) avec les PJ demandées.

- un chèque de règlement des frais de dossier DPC : **Adhérent FNMR : 20,00€** **Non-adhérent : 40,00€** à établir à l'ordre de FORCOMED.

- un chèque de caution de 300 €uros à l'ordre de FORCOMED.

Le chèque de caution vous sera restitué en fin de programme, En cas de désistement sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 15 jours avant le début du programme, ou faute de participation à la totalité du programme, ce montant de 300,00€ sera conservé par FORCOMED.



Fiche individuelle de renseignements pour inscription au DPC 2013



INFORMATIONS PERSONNELLES :

Statut : en activité Type de personne : Libéral à titre principal

Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/>		
Nom :	Nom de jeune fille :	
Prénom :	Date de naissance :	
Adresse professionnelle principale :		
Code postal :	Commune :	
Téléphone :	Portable :	Fax :
Adresse mail :		
Merci de renseigner votre n° RPPS ou, à défaut, votre n° ADELI et n° de carte CPS avec copie recto-verso de cette carte :		
N° RPPS (11 chiffres) :		
ou N° ADELI (9 chiffres) :	+ N° carte CPS :	

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES :

Je m'engage sur l'honneur de ne pas travailler plus de 50% de mon temps en hôpital en tant que salarié et de ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur.

Profession : Médecin <input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/>			
Spécialité :			
Discipline complémentaire / Autres qualifications :			
Pour votre indemnisation par l'OGDPC : (joindre une copie du RIB) :			
Code banque :	code guichet :	N° de compte :	Clé RIB :
Domiciliation du compte :			
IBAN :		BIC :	
Année de diplôme :		Année d'installation :	
Type de cabinet : Individuel <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/>			

Documents à Joindre : Attestation de cotisation au Conseil de l'Ordre

Un RIB

Copie de la carte CPS recto-verso (si N°Adeli et CPS renseignés)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et documents ci-joints.

Date :

Signature et cachet :

A retourner à : FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS



DPC des manipulateurs



E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ Remise à niveau d'anglais pour une meilleure prise en charge des patients étrangers par le manipulateur en radiologie.

Cet enseignement a pour but de permettre à un manipulateur ayant déjà des notions d'anglais de bénéficier d'une remise à niveau spécifique orale dans cette langue, et ainsi de prendre en charge un patient depuis la prise de rendez-vous et son arrivée dans le service et jusqu'à la remise de son compte-rendu d'examen.

Nécessite d'avoir accès à un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

Coût/part. : 306€

E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ Les différentes vigilances dans un cabinet ou service d'imagerie médicale.

Cet enseignement a pour but de sensibiliser les manipulateurs aux différents types de vigilances qui s'imposent dans un service d'imagerie médicale.

Leur connaissance et leur respect assurent la sécurité du patient au cours de sa prise en charge. Ces procédures font l'objet de fiches dont la rédaction doit être connue.

Nécessite d'avoir à un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

Coût/part. : 345€

E-learning / réalisé entièrement à distance :

➔ Gestion du matériel dans les cabinets ou services d'imagerie médicale.

L'imagerie médicale fait appel à des appareils de haute technologie dont la disponibilité doit être optimale. Le rôle du manipulateur est notamment d'assurer cette disponibilité à travers des actions préventives (gestion de la maintenance) et curatives (suivi des réparations et vérification de l'efficacité de celles-ci).

Nécessite d'avoir accès à un poste informatique pour réaliser la formation à distance.

Coût/part. : 380€

➔ Manipulatrice(teur) en radiologie : J'améliore la qualité des mammographies.

Programme destiné aux manipulateurs ayant déjà validé les formations spécifiques au dépistage.

L'exigence de qualité est une démarche permanente dans la réalisation des mammographies et il est souhaitable, pour des manipulateurs engagés dans le dépistage, de se reformer et ceci d'autant plus que la formation initiale est ancienne. Il s'agit d'éviter aux patientes la perte de chance de

dépistage liée à l'insuffisance technique des clichés de mammographie.

Coût/part. : 450€

➔ Dépistage organisé : actualités et recommandations en 2013.

Programme destiné aux manipulateurs ayant déjà validé les formations spécifiques au dépistage.

La mammographie est l'un des examens les plus fréquemment pratiqués dans les cabinets de radiologie ; elle est soumise à un protocole de contrôle de qualité et à un cahier des charges du dépistage organisé qui ont évolué ou sont en cours d'évolution. Il est important que les manipulateurs aient connaissance de ces évolutions pour être précis dans les applications, dans l'intérêt des patientes et de l'évaluation du dépistage.

Coût/part. : 340€

➔ Outils d'amélioration du travail secrétaire-manipulatrice(teur) d'un cabinet de radiologie : Organisation et gestion de la relation humaine.

Programme commun aux manipulateurs et aux secrétaires.

Le bon fonctionnement du cabinet tient à son organisation et à l'entente entre les acteurs ; l'interaction des tâches des manipulateurs et des secrétaires est souvent à l'origine de conflits.

Coût/part. : 410€

➔ Gestion d'un examen IRM du genou et de l'épaule.

L'examen du genou représente une part importante de l'activité d'un centre d'IRM classique : tout manipulateur y est confronté régulièrement ; l'examen de l'épaule est également un examen fréquent, de réalisation parfois délicate. Ces notions justifient l'intérêt d'une formation donnant aux manipulateurs les connaissances nécessaires pour améliorer la prise en charge d'un patient pour une IRM du genou et de l'épaule, dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité.

Coût/part. : 330€

➔ Gestion d'un examen Cone-Beam en odonto-stomatologie.

La décision du 20 mars 2012, parue au JO le 7 juin 2012, a introduit la radiographie volumique par faisceau conique (cone beam computerized tomography) (CBCT) du maxillaire, de la mandibule et/ou arcade dentaire. Si la formation du médecin est obligatoire, il apparaît que la formation des manipulateurs est aussi importante car la réalisation technique de l'examen est un facteur déterminant de sa qualité.

Coût/part. : 430€

➔ **Gestionnaire PACS et réseaux - Présentation des technologies d'avenir.**

Cet enseignement a pour but de permettre à un manipulateur d'acquérir les bases nécessaires à la compréhension d'un réseau informatique dédié à l'image et les notions indispensables pour garantir la sécurité d'un tel système. Il lui permettra également de découvrir les nouvelles technologies qui feront partie de sa pratique courante dans les années à venir.

Coût/part. : 380€

➔ **Le manipulateur, acteur de la radioprotection en imagerie médicale.**

Le ou les manipulateur(s), sous le contrôle du radiologue PCR du service, doit(vent) être capable d'aider à la réalisation des tâches techniques concernant la radioprotection des travailleurs et la radioprotection des patients.

Coût/part. : 435€

➔ **Radioprotection des patients : Savoir rédiger une procédure et connaître les facteurs d'influence pour optimiser un examen en scanographie.**

Aider à la mise en place de procédures d'examen disponibles au pupitre de commande, sous le contrôle des radiologues du service. Il s'agit d'une obligation réglementaire.

Savoir optimiser un examen : connaître les facteurs principaux permettant d'entraîner une réduction de dose sans altérer la qualité image indispensable au diagnostic.

Coût/part. : 435€

➔ **Radioprotection des patients : Savoir rédiger une procédure et connaître les facteurs d'influence pour optimiser un examen en radiologie conventionnelle.**

Aider à la mise en place de procédures d'examen disponibles au pupitre de commande, sous le contrôle des radiologues du service. Il s'agit d'une obligation réglementaire.

Savoir optimiser un examen : connaître les facteurs principaux permettant d'entraîner une réduction de dose sans altérer la qualité image indispensable au diagnostic.

Coût/part. : 435€

➔ **Comment mettre en place des procédures d'examen dans la perspective d'une optimisation de la radioprotection des patients.**

Les manipulateurs, sous le contrôle des radiologues du service, doivent disposer de procédures d'examen disponibles au pupitre du poste d'examen. Il s'agit d'une obligation réglementaire.

Coût/part. : 435€

Ces thèmes agréés par l'OPCA-PL entrent dans la convention annuelle signée avec FORCOMED pour l'année 2013, permettant ainsi une prise en charge des coûts pédagogiques (et déjeuners) pour les cabinets cotisant à cet organisme. Les établissements cotisant pour la formation de leurs salariés à un autre fonds de formation, doivent s'acquitter de ces coûts et procéder ensuite à une demande de remboursement auprès de leur organisme de cotisation.

	Dates disponibles
E-learning REMISE A NIVEAU D'ANGLAIS	15/04 au 16/05/2013
E-learning LES DIFFERENTES VIGILANCES	09/09 au 06/10/2013
E-learning GESTION DU MATERIEL	en attente 2nd semestre
J'AMELIORE LA QUALITE DES MAMMO	30 MAI 2013
DO : ACTUALITES ET RECOMMANDATIONS	31 MAI 2013
RADIOPROTECTION / OPTIMISER EXAMEN SCANNER	19 JUIN 2013
GESTIONNAIRE PACS	19 JUIN 2013
GESTION EXAMEN IRM	20 JUIN 2013
GESTION EXAMEN CONE BEAM	21 JUIN 2013
RADIOPROTECTION / OPTIMISER EXAMEN RADIO CONVENTIONNELLE	26 JUIN 2013
MANIP+SECR : OUTILS D'AMELIORATION DU TRAVAIL	27 JUIN 2013
RADIOPROTECTION / LE MANIP ACTEUR DE RADIOPROTECTION	en attente 2nd semestre
RADIOPROTECTION / COMMENT METTRE EN PLACE PROCEDURES	en attente 2nd semestre

Les dates proposées seront confirmées à réception du nombre minimum requis d'inscriptions

ASSOCIATION FORCOMED

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

**Séminaire destiné
aux manipulateurs****Validant DPC****BULLETIN D'INSCRIPTION**
à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées, inscriptions enregistrées par ordre de réception)

THEME DPC CHOISI : _____

_____**DATE :** _____

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse Email : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :OPCA-P.L. Autre : Nom :

Adresse :

Souhaite inscrire :

M. / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Pour les thèmes de formation uniquement réservés aux manipulateurs ayant déjà validé la formation spécifique au dépistage, vous devez :

Indiquer la date de sa réalisation : _____ et joindre une copie de l'attestation.

Date :

Signature :

→ Modalités d'inscription :**Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :**

Joindre un chèque de caution de 300,00 € ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire.

Ce chèque vous sera retourné après participation à la formation.

En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant la session, ce montant sera conservé par FORCOMED.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme : Par participant et par session :

Joindre un chèque du montant indiqué dans le résumé, établi 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 ensuite de vous faire rembourser, suivant les modalités particulières de votre contrat. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant la session, un montant forfaitaire de 300 €uros sera facturé par FORCOMED.

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



Bythevoycreecom - ©Getty images

SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

Les salariés sont une valeur essentielle de l'entreprise. Pour assurer leur avenir, UNIPRÉVOYANCE, institution de prévoyance à gestion paritaire, offre des garanties

complémentaires en matière de santé et de prévoyance en proposant des contrats collectifs solidaires et sécurisés. Pour nous contacter www.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire



Etat des lieux de la FMC en EUROPE



Si la Formation Médicale Continue (FMC) existe et est bien codifiée aux Etats-Unis depuis la fin des années 1960, son développement en Europe s'est effectué plus récemment et de façon hétérogène, conduisant à de grandes disparités en terme d'approches et de pratiques.

Le développement des structures de FMC s'est accru de façon exponentielle ces dernières années dans les différents états membres. En effet, l'engagement des médecins pour l'actualisation de leurs connaissances dans leur domaine de compétence est devenu une exigence dans la plupart des états.

La situation en Europe évolue rapidement. Les autorités gouvernementales développent des standards d'accréditation, des contrôles tant de qualité que de types de financements et des relations avec l'industrie, à la recherche d'éventuels conflits d'intérêts.

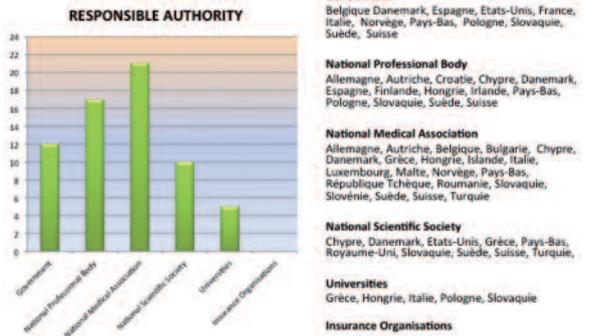
De grandes différences existent entre les pays européens sur la FMC, l'attribution de points de FMC, son caractère obligatoire ou volontaire (voir graphique 1).

Graphique 1 : Règlementation de la FMC



Le rôle des gouvernements, des universités, des syndicats professionnels, des conseils ordinaires et des organisations privées (assurances) est très variable. Actuellement, les gouvernements et les tutelles sont tentés de tenir les « rennes » et d'accentuer leur rôle dans la FMC dont l'initiative devrait rester entre les mains des professionnels de santé médecins, avec un juste équilibre entre l'obligation éthique de formation et sa prise en charge financière, au moins en partie par les tutelles (payeurs) (voir graphique 2).

Graphique 2 : Autorité responsable



L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), fondée en 1958, est l'organisation représentative des syndicats professionnels de spécialités médicales de l'Union européenne et de pays affiliés, réunissant 34 pays, 1,6 million de médecins spécialistes. 39 sections de spécialités (dont la radiologie bien sur) y sont représentées. Elle est en lien étroit avec les institutions européennes (Commission et Parlement) et intègre des représentants des sociétés savantes (représentants de l'ESR nous concernant ¹).

Devant le constat de la diversité des actions de FMC en Europe, l'UEMS a créé le conseil européen d'accréditation pour la FMC (EACCME ²) en octobre 1999.

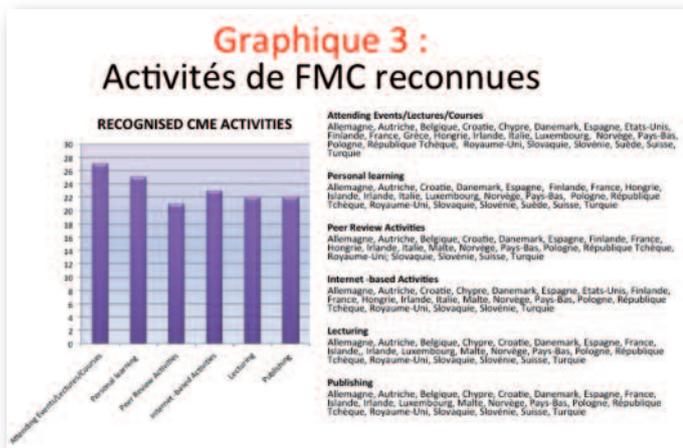
L'UEMS-EACCME a démarré ses activités en janvier 2000 avec la reconnaissance mutuelle des accréditations des actions de FMC/DPC de l'UE à l'échelle internationale à travers l'octroi de crédits de FMC européens (ECMECs ³) aux différents médecins spécialistes, permettant la reconnaissance et l'échange de crédits de FMC entre tous les pays européens, tout en respectant l'autonomie de chaque système national de santé ou cela existe déjà.

“ L'engagement des médecins pour l'actualisation de leurs connaissances dans leur domaine de compétence est devenu une exigence dans la plupart des états. ”

L'UEMS-EACCME a lancé dès 2009 l'accréditation des matériels d'apprentissage électronique. Le « e learning » permet des actions de FMC/DPC par différentes méthodes incluant : enregistrements audios, visuels, CD,

¹ European society of radiology
² European Accreditation Council for Continuing Medical Education
³ European CME credits

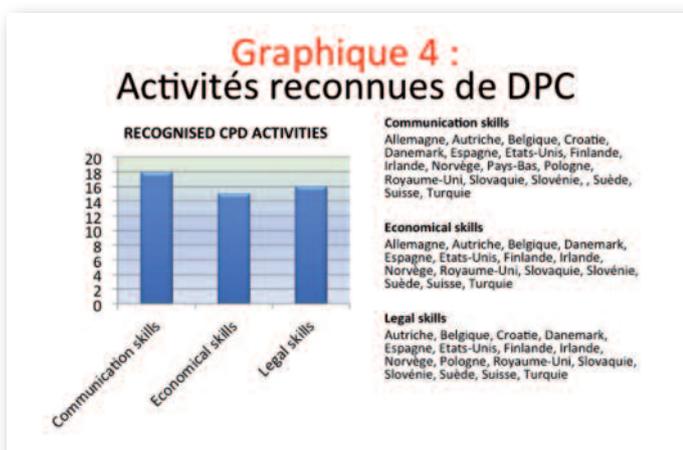
DVD, enseignement en ligne par l'intermédiaire d'un site web éducatif (voir graphique 3).



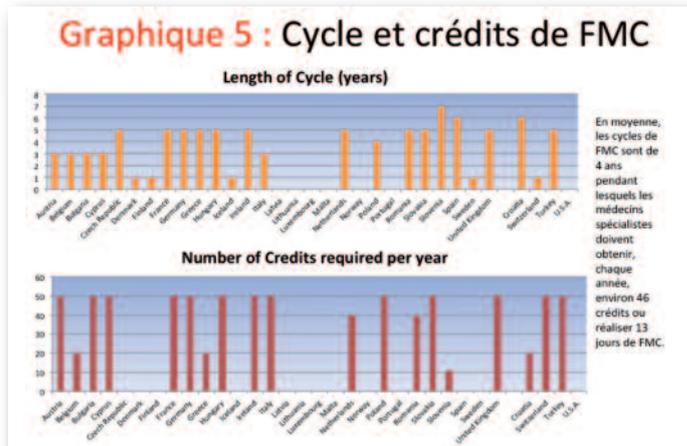
L'UEMS-EACCME se positionne comme le maillon central entre les autorités nationales d'accréditation, les sections spécialisées de l'UEMS et commissions, les conseils européens d'accréditations spécialisés (ESABs ⁴) et les fournisseurs d'activités de FMC.

Elle a par ailleurs signé des accords de reconnaissance mutuelle avec l'American Medical Association (AMA) pour les événements en direct et par e-learning et avec le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les événements en direct uniquement.

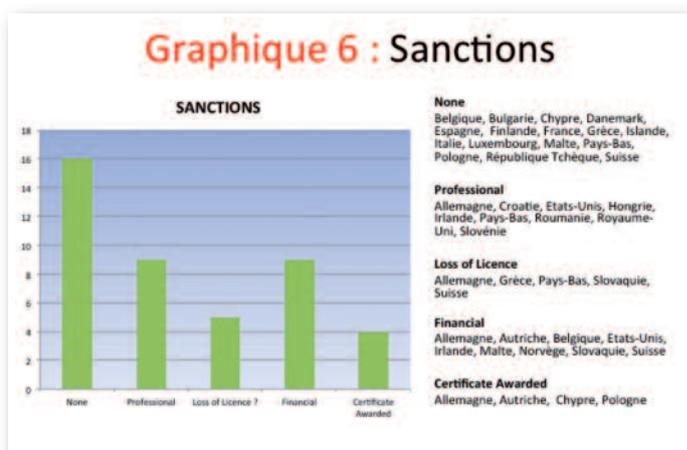
Ainsi l'UEMS est très active dans la promotion de la FMC/DPC (voir graphique 4) au niveau européen avec la mise en place d'un mécanisme d'accréditation des événements de FMC en Europe (EACCME). L'objectif étant de faciliter la participation des médecins aux congrès médicaux européens par le biais d'une double évaluation par les autorités nationales d'accréditation et les sections spécialisées de l'UEMS avec délivrance de crédits européens de FMC (voir graphique 5).



⁴ European Speciality Accreditation Boards



Les critères d'évaluation de ces congrès, récemment refondés et renforcés, veillent à garantir une qualité de haut niveau des événements de FMC organisés en Europe et dans le monde. Parallèlement, l'influence commerciale et promotionnelle de l'industrie est strictement limitée, de sorte que tant les médecins participants que les autorités d'accréditation peuvent être rassurés sur le bien fondé des crédits de FMC certifiés. ■



Dr Eric GUILLEMOT
Vice président FNMR
chargé de mission
Secrétaire général de la section
radiologique de l'UEMS



Dr Remy DEMUTH
Président de la section
radiologique de l'UEMS





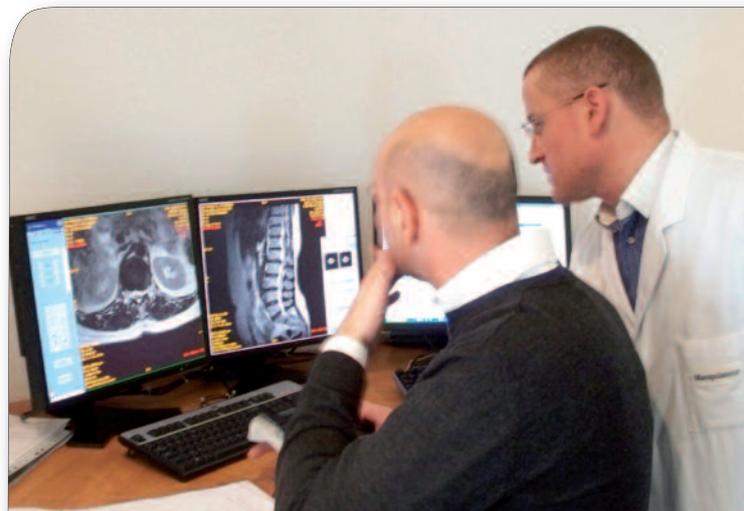
Lois européennes et formation professionnelle continue : de (très) petits pas dans la bonne direction

Pour ceux d'entre nous qui ont le « privilège » d'être présents dans les corridors des bureaux bruxellois pour porter la voix des professions, la Formation Professionnelle Continue – plutôt connue dans le jargon sous les initiales « CPD »¹ – est un sujet 'facile' et en même temps porteur de divisions. En effet, bien que tout le monde s'accorde sur sa nécessité, très peu sont ceux qui croient que l'Union européenne doive s'en mêler. N'avait-on pas déclaré, notamment pour rassurer nos amis d'outre-Manche et de la Scandinavie qui ont peur de « trop d'Europe », que tout sujet qui pourrait être adressé au niveau national ne devait pas faire l'objet d'une loi communautaire² ?

Adoptée en décembre 2006, la directive relative aux « services dans le marché intérieur » – dite « Bolkestein » avant sa révision – a offert au Conseil européen des professions libérales (CEPLIS) une première opportunité pour prendre ouvertement partie en faveur d'une dimension européenne du CPD. En effet, l'article 37 de ladite directive stipule que : « Les États membres, en collaboration avec la Commission, prennent les mesures d'accompagnement pour encourager l'élaboration de codes de conduite au niveau communautaire, en particulier par des ordres, organismes ou associations professionnels, en vue de faciliter la fourniture de services ou l'établissement d'un prestataire dans un autre État membre, dans le respect du droit communautaire ».

Encouragé par la direction générale MARKT de la Commission européenne, le CEPLIS s'est donc d'abord tourné vers les organisations représentatives de nos professions, réalisant le plus ample questionnaire que notre secteur avait connu jusque-là, afin d'identifier les valeurs partagées par les familles du droit, de la santé et du chiffre. Ces valeurs allaient devenir la pierre angulaire des futurs codes européens. Sans surprise, une large majorité y inclut le CPD. Le texte final, adopté lors de l'assemblée générale du CEPLIS de novembre 2007, et salué par la Commission européenne comme étant une « bonne pratique » dans une communication de la même année, considère que : « Quiconque bénéficie des services des professionnels libéraux est en droit d'attendre à ce que les professionnels maintiennent à jour leurs connaissances dans leur domaine et étendent leurs compétences lorsque la demande pour de nouveaux services se développe ». Ainsi pour le CEPLIS, « Les codes de conduite doivent indiquer clairement que les professionnels ont une responsabilité univoque de maintenir leur niveau de compétence dans leur domaine et à cet effet doivent participer à la formation professionnelle

continue durant toute la période de leur activité professionnelle ».



Hélas, la directive sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (2005/36), adoptée la même année, n'ouvrait pas une telle fenêtre, en dépit du fait que tout le monde semblait être d'accord sur le fait que la négligence de la Formation Professionnelle Continue pourrait occasionner de sérieux préjudices à nos patients, clients et justiciables, ou pourrait même avoir de très graves conséquences pour la santé publique. Les partisans du principe de subsidiarité ont eu gain de cause et le texte a laissé plusieurs d'entre nous sur leur faim.

Ainsi, les organisations représentatives des professions libérales réunies au niveau européen sous l'égide du CEPLIS, ont vu dans l'intention de la Commission européenne de moderniser ladite directive à la fin 2011, une opportunité

¹ « Continuous Professional Development ».

² Principe de subsidiarité.

unique de se faire entendre afin de remettre à l'agenda l'inclusion du CDP. Dans ce cadre, un plan de lobbying s'est mis en place : informer les fonctionnaires, persuader les eurodéputés, essayer de convaincre les gouvernements nationaux. Aucun effort n'a été épargné pour s'assurer que, cette fois-ci, la loi communautaire soit à la hauteur de nos attentes.

Au moment où ces lignes sont écrites, on ne peut pas encore crier victoire. Le texte définitif est, en effet, toujours discuté par la Commission européenne, le Parlement européen et le Conseil en « trilogue », avant son adoption définitive prévue pour la fin du mois de juin.

Or cette fois-ci, le rapport adopté avec une grande majorité par le Parlement européen³ (Commission IMCO) est très positif. Voici les amendements innovants que le Parlement européen propose⁴.

Tout d'abord, les associations professionnelles représentatives au niveau national et européen, assistées par le CEPLIS qui s'est allié pour augmenter son efficacité avec les organisations représentatives des cadres et des syndicats européens, ont été en mesure de faire passer leur proposition pour un cadre commun de formation (Common Training Framework). Les qualifications acquises dans ce cadre seront automatiquement reconnues par les Etats membres moyennant certaines conditions⁵. Par ailleurs, ces derniers seront encouragés à développer un système qui s'assure de la mise-à-jour régulière des compétences et aptitudes des professionnels par l'intermédiaire du Développement Professionnel Continu. Autrement dit, le CPD est solidifié comme le processus par lequel d'une part, les professionnels maintiennent, améliorent et élargissent leurs connaissances et compétences. Et d'autre part, développent les qualités personnelles nécessaires dans l'exercice de leur métier.

« Lorsqu'un Etat membre oblige « ses » professionnels à s'impliquer dans le processus de développement professionnel continu, cet Etat détient également le droit d'y contraindre tout professionnel ressortissant d'un autre Etat membre souhaitant pouvoir y pratiquer ».

Le rapport du Parlement européen prévoit en même temps une procédure selon laquelle l'autorité compétente de chaque profession, désignée au sein des Etats membres, doit soumettre tous les cinq ans, un rapport accessible publiquement à la Commission et aux autres Etats membres concernant la formation continue et les procédures de formations des médecins, spécialistes médicaux, infirmières, dentistes, dentistes spécialisés, sages-femmes, chirurgiens vétérinaires et pharmaciens.

³ Dit « Rapport Vergnaud », du nom de l'eurodéputée française (S&D), chargée de sa rédaction.

⁴ Il s'agit d'une traduction des amendements du texte officiel, relatifs au CPD, de la modernisation de la directive 2005/36.

⁵ En effet, pour que ces qualifications soient automatiquement reconnues, il est obligatoire que celles-ci soient communes à, au moins, un tiers des Etats membres.



Dans le but d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des services prodigués par les professionnels, l'article en question prévoit également l'échange des connaissances et des bonnes pratiques entre les différents Etats membres.

Bien entendu, nous sommes conscients que ces avancées sont encore trop maigres face à l'importance de notre sujet. Néanmoins, il s'agit d'un pas dans la bonne direction.

En effet, la « voie est ouverte ». Il y a une réelle prise de conscience au niveau des institutions européennes sur l'importance de la formation professionnelle continue et du contrôle nécessaire pour garantir son efficacité et son efficience.

Souhaitant s'assurer la récolte des fruits de cette avancée, le CEPLIS a mis sur pied un groupe de travail spécialement dédié à la thématique du Développement Professionnel Continu. Cela, toujours dans le but de répondre le plus fidèlement possible aux attentes des professionnels et de conseiller au mieux les institutions européennes pour, in fine, assurer une qualité optimale des services prodigués aux patients, client, justiciables...

Comme dans toute action de lobbying, il nous faut travailler efficacement et rester conscients qu'en Europe comme partout, « l'union fait la force » ! ■

Pr Théodoros KOUTROUBAS

Directeur Général
Conseil Européen des Professions Libérales (CEPLIS)

* Article rédigé avec la coopération
de François vander VORST (MA),
Policy and Press Officer au CEPLIS.





DPC à l'anglaise - DPC à la française ¹

Le General Medical Council (GMC) propose un guide destiné aux médecins anglais pour réaliser leur DPC, publié en juin 2012 (« Continuing Professional Development, Guidance for all doctors »).

Les principes du DPC édités par le GMC sont les suivants :

- Le but du DPC est d'améliorer la sécurité et la qualité des soins donnés aux malades et au public.
- Le médecin doit identifier ses besoins de DPC, et mettre en pratique les mesures utiles pour les satisfaire.
- Le médecin doit constamment s'interroger sur la qualité de sa pratique pour maintenir sa compétence en suivant les progrès de la science.
- Il doit aussi contribuer à améliorer la pratique de l'équipe à laquelle il participe.

Il doit pour cela faire régulièrement le point sur ses nouveaux acquis et sur leur impact sur sa pratique.

Avant d'être une obligation, le DPC est bien un moyen pour le médecin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'il prodigue à ses patients.

Si les principes du DPC anglais sont très proches du DPC français, leurs modalités de mise en oeuvre sont différentes.

Pr Philippe CASASSUS & Laurence CHAZALETTE

Haute Autorité de Santé - HAS

Le DPC à l'anglaise

- Le GMC est une instance de régulation professionnelle indépendante (pouvant être l'équivalent de la HAS ou de l'Ordre en France) ayant pour objectif de mettre à jour un registre de médecins qualifiés, de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles et de garantir un haut niveau de qualité du DPC, d'aider les médecins. La publication de ce guide s'inscrit dans le cadre d'un processus récent de revalidation obligatoire pour les médecins anglais.

- La revalidation instaurée pour les médecins anglais tous les 5 ans est un processus d'évaluation de la performance des médecins, les professionnels devant démontrer leurs capacités à actualiser ou développer leurs compétences.

- Ce guide permet aux médecins de mieux comprendre les modalités de réalisation du DPC et l'intérêt du DPC pour eux-mêmes et leurs patients. Les médecins anglais doivent participer à un programme de DPC annuel couvrant l'ensemble de la pratique.

- Il a pour intérêt de prévoir des activités de DPC répondant à la fois aux besoins individuels du professionnel, à l'optimisation de la prise en charge des patients, et à la coordination de l'équipe de soins. Ces activités peuvent être de nature clinique ou non clinique.

- Une mesure d'impact est également encouragée pour ces programmes de DPC. Ces mesures doivent être formalisées et peuvent se traduire par de la recherche, un audit, un retour d'informations de la part des collègues ou des patients, autres informations de dispositifs qualité permettant de refléter la performance des médecins.

- Il encourage même les patients à faire des retours d'informations aux médecins sur les points qui leurs seraient bénéfiques.

Le DPC à la française

- Le rôle de la HAS est de valider les méthodes et modalités de DPC après avis des commissions scientifiques.

- Le Conseil de l'ordre s'assure au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC (ou du diplôme universitaire obtenu), que les professionnels ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC.

- Les médecins doivent s'inscrire annuellement dans un programme de DPC proposé par un organisme de DPC enregistré et évalué favorablement par la commission scientifique des médecins. C'est l'organisme de DPC qui envoie l'attestation au Conseil de l'ordre.

- Le médecin s'engage dans un programme de DPC annuel, constituant une possibilité d'amélioration de sa pratique personnelle (pertinente en fonction de son activité propre) et conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC. La validation peut se faire par l'obtention d'un DU dès lors qu'il est évalué favorablement par la CSI des médecins pour le DPC.

- Des mesures d'impact sur l'efficacité du programme du DPC pour améliorer la pratique de chaque médecin sont prévues pour chaque méthode de DPC. Le suivi des actions d'améliorations entreprises à l'issue du suivi du programme peut constituer cette mesure d'impact.

- Pas d'action prévue des patients.

¹ « Publié avec l'aimable autorisation de la Haute Autorité de Santé ».

FMC aux Etats-Unis

Une lente maturation

Aucun document américain sur le sujet n'échappe à une note d'autosatisfaction visant à souligner combien la Formation Médicale Continue, *Continuous Medical Education* ou *CME*, est ancienne aux Etats-Unis et bien ancrée dans les traditions, sinon dans les mœurs.

La réalité est moins rose et les soubresauts ont été nombreux, toujours d'actualité...

Si l'Association des Médecins Américains (AMA) a été créée en 1847 (Nathan Davis, Philadelphie), il a fallu attendre 1901 pour que la ré-organisation fasse apparaître l'idée d'une formation continue et surtout le rapport Flexner en 1909 pour établir un modèle de formation initiale encore en vigueur de nos jours.

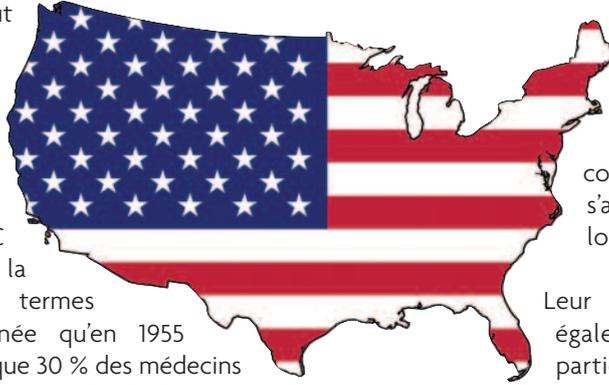
Les chirurgiens (ACS, Chicago) ont mis en place une FMC spécifique dès 1913, mais la véritable impulsion en termes d'organisation n'a été donnée qu'en 1955 lorsqu'une enquête a montré que 30 % des médecins ne suivaient aucune « Postgraduate Medical Education » (PGME).

“La FMC fait partie du code fondamental de l'éthique médicale au bénéfice du patient et de la société dans son ensemble.”

pour les acteurs/fournisseurs de la FMC (CME Providers) et une métrique claire pour les médecins (AMA PRA, Physician's Recognition Award).

Un pesant système

En 1981, L'AMA s'est associée à six autres organisations (Bureau des spécialités, Association des hôpitaux Américains, Association de FMC des hôpitaux, Association des collèges médicaux, Conseil des sociétés de spécialités médicales, Fédération des organismes de qualification ou Boards) pour créer le Conseil d'Accréditation de FMC (ACCME).



On a aussi réalisé dans le même temps que les directives n'étaient pas claires et que les buts poursuivis ne l'étaient pas non plus... Un Conseil a donc émis des recommandations aboutissant en 1967 à un système d'accréditation



« Le médecin accompli est celui qui est parfait dans la théorie et dans la pratique »

Galien

Cet organisme d'accréditation est le seul à décerner la possibilité aux associations d'attribuer des points de formation médicale ou *AMA PRA Credits* dont il existe deux catégories, seul système à faire foi quelque soit le fournisseur.

Ethique

L'AMA souligne que la FMC fait partie du code fondamental de l'éthique médicale au bénéfice du patient et de la société dans son ensemble : « le médecin continuera de s'instruire, d'appliquer les avancées de la science et d'y contribuer, de se sentir concerné par la mise à jour de ses connaissances et de donner l'information pertinente à ses patients et collègues comme au public tout en sachant s'adresser à d'autres compétences lorsque nécessaire ».

Leur responsabilité éthique est également engagée lorsqu'ils participent à des actions de FMC comme enseignant ou comme enseignant, ce qui ramène aussi aux relations avec les industries, ce dont il sera question au travers de quelques textes fondamentaux. L'information délivrée doit être loyale et sincère, dénuée de biais et indépendante...

Définition et mise en place

La définition de la FMC est assez vaste : « mise en œuvre d'une éducation dont les objectifs sont de maintenir, de développer et d'augmenter le savoir et les compétences des professionnels dans l'exercice de leur profession sur la base d'un savoir médical reconnu et établi ».

Les fournisseurs de FMC doivent se conformer aux exigences des organismes de certification pour les critères médicaux et non médicaux (indépendance, organisation, financement, etc).

Les causes d'exclusion sont également bien définies de même que ce qui ne relève pas de la FMC (expérimentation clinique, activité caritative, activité de conseil y compris en matière d'éducation, participation à des organismes ou à des activités médicales non reconnues ou non accréditées). L'AMA contrôle les fournisseurs de FMC (CME providers)

par différents moyens (études des programmes, vérifications diverses, étude de plaintes, etc.) tout en fournissant une assistance à l'élaboration des programmes et à la mise en conformité. Cette accréditation peut être retirée ou suspendue, avec possibilité de recours.

L'AMA entretient aussi des collaborations avec d'autres sociétés savantes (RSNA, ARRS, etc.) pour maintenir une cohérence entre les systèmes et une reconnaissance officielle.

Il y a deux catégories de « CME Credits » : catégorie 1 ou 2

Les points de catégorie 1 peuvent s'obtenir de 3 façons :

- en participant à des actions de FMC accréditées par l'ACCME,
- en participant à des actions de FMC reconnues par l'AMA comme valides, la validation devant être demandée à l'AMA,
- en participant à des actions internationales reconnues par l'AMA.

Les organismes de FMC doivent mettre en place un système de comptabilisation des points de FMC, avec description du type de FMC, et en assurer le suivi comme l'archivage avec une identification nominative ou sous un numéro d'identification, différent du numéro national d'identification.

Le système tient compte des évolutions technologiques pour attribuer des points de catégorie 1. L'activité avec présence sur place, contrôlée et minutée, peut aussi être faite à distance en participant à des « webinars » ou à des téléconférences.

L'activité des enseignants est également comptabilisée (préparation, enseignement, etc.).

L'enseignement assisté par différents moyens (papier, électronique, etc.) doit aussi répondre à des critères stricts avec définition claire des moyens et des objectifs.

Les publications doivent répondre à des critères définis pour être prises en compte, notamment publications dans un journal à comité de lecture.

La participation à ces comités de lecture et la revue de manuscrits contribuent aussi aux points attribués. Enfin, les enseignements pratiques avec acquisition de techniques nouvelles (gestes, etc) doivent répondre aux critères de formation et d'accréditation.

Les points de catégorie 2 correspondent à des activités personnelles, sans certification par l'AMA ou l'ACCME.

Il s'agit d'un vaste fourre-tout allant de la lecture de revues professionnelles aux enseignements en passant par la participation à des différents comités ou événements (staffs, RCP, enseignements dans les services, etc).

L'évaluation de ces activités et leur recensement est fait par les praticiens eux-mêmes et sous leur propre responsabilité.

Reconnaissance de la FMC ou physician's recognition award (PRA)

Depuis 1968, cette reconnaissance est validée dans ses buts, notamment rassurer le patient quand à la compétence de son médecin, sans oublier la prééminence de l'AMA dans le système... Le « Professional Recognition Accomplishment (PRA) in CME » est accepté comme preuve par de nombreux organismes professionnels (boards notamment) et hôpitaux. L'AMA PRA est accessible aux médecins certifiés aux Etats-Unis, au Canada ou au Mexique.

Le système devient assez complexe en fonction de la durée de l'AMA PRA (1, 2 ou 3 ans), mais au moins 50 % du temps consacré doit être en relation directe avec la spécialité exercée, ce qui n'exclut pas une formation administrative ou plus générale (éthique, communication médicale, etc.). D'une façon générale, les praticiens doivent acquérir 150 heures de crédit de formation (CME crédits) pendant 3 ans, 75 heures en catégorie 1 et 75 heures en catégorie 2.

Cependant, chaque Etat a ses règles que l'on peut consulter sur le site de l'AMA. Tous les états reconnaissent ces procédures pour l'obtention d'une licence d'exercice.

“ Les radiologues participent à ces systèmes, mais il existe des particularités aux côtés du cadre général. ”

L'AMA souligne cependant qu'il ne s'agit pas d'un certificat de compétence et que la responsabilité de l'AMA ne saurait être engagée outre mesure.

FMC et imagerie

Les radiologues participent à ces systèmes, mais il existe des particularités aux côtés du cadre général.

Le Mammography Quality Standards Act (MQSA), mis en place par la Food and Drug Administration (FDA) en 1999 suppose une activité contrôlée et une formation spécifique, initiale et continue.

La « Maintenance of Certification » (MOC) est une démarche volontaire qui dépasse le simple domaine de la spécialité et porte sur un ensemble de compétences, soit six domaines : savoir médical, prise en charge et compétence concernant les procédures, capacités relationnelles, professionnalisme, développement personnel basé sur la pratique et l'amélioration des pratiques, évaluation des pratiques.



Elle repose sur quatre étapes : qualification dans la spécialité, formation médicale continue (CME avec PRA), expertise professionnelle et clinique dans plusieurs modules de spécialité en fonction du profil professionnel (de la sénologie à la médecine nucléaire...) et développement professionnel continu avec amélioration de la pratique personnelle (qualité/sécurité).

L'évaluation de l'expertise professionnelle et clinique est un examen mené avec un protocole informatisé.

Ce cycle peut être engagé sous l'égide de l'American Board of Radiology (ABR) dans un processus de certification continue.

Une énorme machine

On le voit, cette énorme machine est devenue une administration à part entière et génère des sous-administrations dans les structures correspondantes des sociétés savantes et autres...

Ainsi, la seule ACCME accrédite 700 organisations au travers des Etats-Unis, reconnaît 44 sociétés médicales d'Etat (au sens fédéral) et environ 1300 organisations au sein des différents Etats ou encore plus de 2 000 fournisseurs (providers) de FMC qui offrent plus de 125 000 activités d'enseignement à 23 millions de « professionnels ».

On devine qu'il peut s'agir d'une activité à part entière, d'un « business », et sous différentes étiquettes, y compris de « non for profit », ces organisations sont gérées comme des affaires commerciales sous réserve d'observer des contraintes légales fortes, ce d'autant qu'il règne aux Etats-Unis un juridisme médical défensif et offensif.

Un article récent du NEJM (mars 2012) rapporte la transformation, l'évolution, récente du secteur pendant les années 80.

Sous la pression du régulateur, la FMC, autrefois financée et influencée par les industries, s'est radicalement transformée dans une plus grande transparence.

Les sommes engagées donnent une idée des enjeux, jusqu'à \$1,2 milliard en 2007, avec une baisse de 30 % entre 2007 et 2010 sous l'effet du « Sunshine Act », repris d'un amendement du député républicain Grassley, déposé en 2008. Les grandes universités américaines en ont pris acte et, en 2010, 80 % des programmes de CME n'ont reçu aucun financement de l'industrie.

Le « Patient Protection Affordable Care Act », part importante de « l'Obamacare », impose maintenant une transparence absolue dans les relations entre les médecins et l'industrie.

« Cette énorme machine est devenue une administration à part entière. »

On peut supposer que ce besoin de transparence va générer d'autres activités, d'observation, notamment, et d'études comme celles suggérées par « l'Institute of Medicine of the National Academies » dans un document intitulé « Redesigning Continuing Education in the Health Professions (décembre 2009) qui pose, notamment, la question de l'impact final sur le devenir du patient. On appelle, évidemment, à la création d'un Institut « National »...

En conclusion

Même s'il n'est pas exempt de critiques, le système américain reste un modèle exemplaire notamment par la professionnalisation mise en place. La qualité des congrès (RSNA, ARRS, ASNR) en témoigne largement.

Certains pays d'Europe se sont inspirés de cet exemple et de son évolution récente, notamment en matière de transparence.

On reste perplexe devant le nombre de « symposia » directement placés sous la houlette des industriels et insérés dans le programme de certains congrès, notamment le récent ECR 2013 (Vienne, mars 2013).

On aurait tort de se gausser lorsque l'on connaît l'histoire de la FMC « à la française » depuis une vingtaine d'années... Heureusement, les radiologues français n'ont pas à rougir de leur formation continue dont la qualité est largement reconnue au-delà de nos frontières. ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Président de la FNMR





Le développement professionnel continu au Canada

Tous les médecins canadiens sont tenus de démontrer aux organismes réglementaires qu'ils participent à des activités de développement professionnel continu (DPC). Pour ce faire, les médecins peuvent utiliser divers cadres de référence proposés par ces mêmes organismes ou par les ordres professionnels.



La très grande majorité des radiologues canadiens (91 % en 2010) utilisent le cadre de référence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) (www.royalcollege.ca). Ce cadre exige l'obtention d'un minimum de 400 crédits sur un cycle de 5 ans, pour une moyenne de 80 crédits par année, ce qui correspond à environ 90 minutes de DPC par semaine.

Les principes éducatifs de ce plan sont les suivants :

- Le plan est individuel et personnel, basé sur les besoins du médecin selon son profil de pratique ;
- Il est axé sur la réflexion critique des apprentissages continus sans de longues périodes (un an) d'inactivité ;
- Il est fondé sur des données probantes ;
- Il engage une responsabilité de choix ;
- Il inclut le volet interprofessionnel ;
- Il vise l'ensemble des compétences nécessaires pour la pratique (e.g., l'expertise médicale, la communication, le professionnalisme, la gestion, etc.) ; et
- Il permet de renforcer la qualité et la sécurité de notre système de soins de santé.

Ce plan est autogéré et il n'est pas nécessaire d'écrire un nouvel examen de certification. Les médecins sont responsables de fournir la preuve de leurs crédits une fois par année à l'organisme réglementaire. L'organisme valide ces crédits en sélectionnant au hasard une proportion déterminée de sa clientèle médicale et en la soumettant à une étude du dossier personnel de DPC.

Afin de répondre aux besoins d'apprentissage des médecins qui ont des profils de pratique très variés et des styles d'apprentissage personnalisés, le programme de maintien du CRMCC permet donc de réclamer des crédits de formation dans le cadre d'une vaste gamme d'activités de DPC.

L'activité de DPC la plus populaire demeure la participation aux congrès scientifiques. En 2010, 86 % des radiologistes canadiens ont réclamé des crédits dans cette catégorie d'activités de DPC. Les congrès permettent entre autres l'atteinte de certains objectifs, par exemple, la mise à jour sur un sujet donné. Toutefois, ils ont un impact négligeable sur le changement des comportements des médecins à long terme. De plus, cette activité traditionnelle confine le médecin dans un rôle souvent passif. Afin que la

participation aux conférences soit admissible pour des crédits, celles-ci doivent être agréées par un organisme reconnu, habituellement une association nationale de médecins spécialistes ; l'Association canadienne des radiologistes (CAR) en est un bon exemple. La CAR s'assure que ses activités répondent aux normes élevées établies par le CRMCC. Les critères de qualité visent, entre autres, la participation active du médecin par le biais de quiz, tables rondes, ateliers, discussions et du temps suffisant alloué aux questions. Pour être agréées, les conférences doivent offrir au moins 25 % du temps en participation active de la part du médecin et doivent être évaluées par les médecins participants. Les normes d'éthique, comme la gestion des conflits d'intérêts des conférenciers et les relations avec l'industrie pour le soutien financier de ces activités, sont aussi très strictes, telles qu'établies par l'Association médicale canadienne. L'agrément des activités de DPC témoigne d'une adhérence à des normes élevées de qualité. Une société médicale qui demande l'agrément de son congrès annuel verra tous les aspects de celui-ci minutieusement examinés. En contrepartie, un congrès agréé peut bénéficier d'une participation accrue de médecins.

Plusieurs autres types d'activités de DPC sont aussi permis. Un médecin peut, par exemple, réclamer des crédits pour la lecture de publications médicales et pour la participation à des modules d'auto-évaluation, à des activités de simulation, à des projets personnels d'autoformation, à des stages et à des évaluations de sa pratique par ses pairs. Même la



participation au sein des comités dont le mandat est de définir des normes de pratique ou des curriculums, peut aussi être admissible. Le CRMCC encourage les médecins à participer à des activités variées pour mieux répondre à leurs besoins. Les modules et les activités de simulation doivent

aussi être agréées de la même façon que pour les congrès/conférences afin d'assurer une qualité élevée.

Le CRMCC accorde plus de crédits pour des activités susceptibles d'être plus performantes – telles que l'évaluation de la pratique – pour lesquelles un médecin

peut réclamer 3 crédits pour chaque heure consacrée à ce type de DPC. Certains médecins choisissent d'évaluer différents aspects de leur pratique : les taux de complications des interventions, la pertinence des comptes-rendus radiologiques, les listes d'attente, ainsi que l'évaluation multi-source des compétences du médecin par les pairs et autres professionnels de la santé. En 2010, 27 % des radiologistes canadiens ont réclamé des crédits dans cette catégorie d'activités de DPC. Depuis plusieurs années, l'Alberta utilise

son programme d'évaluation multi-source (dit « 360 degrés »), selon lequel le médecin doit se faire évaluer par ses pairs, par les médecins référents, par le personnel technique, par les infirmiers et par les patients. Des questionnaires ciblés selon la clientèle et adaptés à chaque spécialité ont été créés. Le défi des associations nationales est l'élaboration d'outils qui permettent aux médecins de réaliser de telles évaluations de leur pratique.

Les exigences des pairs, des patients et des organismes réglementaires envers la pratique professionnelle et envers les comportements personnels sont de plus en plus élevées. L'impact réel des activités de DPC sur la qualité et sur la sécurité des soins aux patients et aux populations, en fonction des ressources qui y sont dédiées, est de plus en plus évalué et remis en question. À la lumière de ces enjeux, le défi est de choisir et de créer des activités de DPC pertinentes et cohérentes. ■

Pr Louise SAMSON

MD, FRCPC

Professeur de radiologie

Université de Montréal

Membre du groupe de travail de FMC/DPC de la CAR



“ Les exigences des pairs, des patients et des organismes réglementaires envers la pratique professionnelle et envers les comportements personnels sont de plus en plus élevées. ”



Emma,
5 ans, patiente

INFORMER ET DISTRAIRE

Diffuser un programme de télévision haut de gamme **adapté et personnalisé** pour votre salle d'attente, réalisé en partenariat avec la **FNMR**



- Plateforme de diffusion complète **ADSL**
- **BOX** adaptable sur tout écran déjà installé
- Installation **gratuite**

19€/mois



L'Europe du DPC se fera sans la France ! Un système simple et pragmatique de FMC serait une base solide pour réussir

En matière de formation et qualification des médecins en Europe, la pratique nous a montré qu'il y a des étapes que doit suivre tout système de santé : 1) établir un système efficient de formation médicale continue (FMC) avec mise à jour des connaissances ; 2) développer progressivement des évaluations des pratiques, et s'ouvrir aux disciplines non médicales (sociologie, économie, comportements, informatique, éthique, management,...) ; 3) mettre en place une évaluation des qualifications des professionnels de santé (recertification / revalidation).

Tous les pays ne suivent pas ces 3 étapes dans le même ordre. Selon les pays, la sémantique varie et les termes employés ne recouvrent pas toujours les mêmes concepts. L'histoire est importante : le temps et la chronologie des étapes sont les facteurs de succès. Les échecs, les objectifs mal formalisés, les phases de retours en arrière font perdre beaucoup de temps. Comment interpréter la dissolution en 2009 des Conseils nationaux de FMC (CNFMC) qui avaient été mis en place en 2004, avec un bilan favorable, incomplet mais indiscutable ? Comment interpréter la non-crédation des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins qui étaient prêts à assurer une mission de contrôle de la FMC ? La France ne construirait-elle pas un système où les allocations de ressources rares sont plus importantes que le développement des méthodes pédagogiques pour adultes, ou les compétences des médecins ?

L'Amérique du nord et l'Europe ont les mêmes objectifs à long terme, même si les systèmes ont des différences

Selon les pays, les 3 étapes (FMC, évaluation des pratiques, évaluation des compétences) sont progressivement mises en place avec une chronologie correspondant aux demandes des acteurs. La connaissance des systèmes étrangers est difficile, et trop d'avis péremptaires sont émis par des experts jugeant les expériences étrangères avec leur culture livresque, sans avoir une connaissance pratique des actions de ces pays... Prenons les exemples de l'Amérique du Nord (et de la plupart des pays anglo-saxons) et de l'Europe des spécialités médicales.

Les Etats-Unis ont très vite développé des systèmes basés sur l'appréciation des qualifications, en parallèle de la FMC. Ils ont mis en oeuvre plus tard les concepts d'évaluation de pratiques et de développement professionnel continu (DPC). Les Etats-Unis ont commencé à mettre en place des systèmes de crédits pour mesurer les actions de FMC dès 1948 pour l'American Academy of Family Physicians (AAFP),

et dans les années 60 pour l'American Medical Association (AMA). Plus tard, en 1981, les Etats-Unis ont créé l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) pour accréditer des organismes habilités à organiser les formations attribuant des crédits. L'accréditation de programmes directement par l'AAFP n'a pas été remise en cause et cohabite encore en 2013 avec ce système de l'ACCME. Quant à la certification des médecins, l'American Board of Medical Specialists (<http://www.abms.org/>) a progressivement mis en place les règles dans les années 70 / 80. Plus tard, les Etats-Unis ont développé les concepts de DPC. Le "Performance Improvement" a été mis en place par l'AMA en 2004. L'acquisition de crédits de FMC aux Etats-Unis, facile il y a 20 ans, en comptant les médecins présents lors de sessions de formation, est devenue plus difficile car des objectifs basés sur les résultats de formation ont été demandés (milieu des années 2000). Le "Performance improvement" qui correspond à nos évaluations de pratiques professionnelles (EPP) a trouvé lentement sa place en 10 ans. Donc les Etats-Unis ont suivi le chemin : FMC, puis qualifications, puis DPC (sans pour autant oublier que la FMC est une partie intégrale du DPC). Le Canada a eu des démarches similaires, et la compétence en a été le fil conducteur.

En Europe, les pays du nord, notamment avec le Royaume-Uni, ont voulu mettre en place une évaluation de la compétence dans les années 2010, de type "revalidation", alors que les pays du sud ont voulu rendre obligatoire des systèmes basés sur la FMC/DPC. En Angleterre, l'affaire de Bristol (nourrissons morts en chirurgie cardiaque suite à des erreurs et incompétences des professionnels) a influencé les comportements des acteurs. Au Royaume-Uni il existe une FMC organisée avec les Collèges Royaux basée sur un système de crédits. Un programme ancien d'audits cliniques

“ La France ne construirait-elle pas un système où les allocations de ressources rares sont plus importantes que le développement des méthodes pédagogiques, ou les compétences des médecins ? ”

qui a duré une quinzaine d'années n'a pas été convaincant pour le NHS (National Health Service), ni les Collèges royaux. Les audits cliniques restent une bonne méthode de formation et d'évaluation. Depuis 2005, le General Medical Council voudrait développer la "revalidation". Après plusieurs tentatives, ce concept a été reporté, et l'objectif de revalider la pratique de tous les médecins devrait être atteint en mars 2016 (<http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation.asp>).

La plupart des pays européens ont défini et mis en place des systèmes de FMC basés sur des mesures de crédits. L'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS, <http://www.uems.net>) a choisi le système des crédits pour harmoniser les pratiques entre les pays. Les ECMEC (European Continuing Medical Education Credit) permettent ainsi des équivalences de crédits entre pays, et surtout avec l'Amérique du Nord. N'oublions pas que beaucoup de médecins spécialistes (dont les radiologues) participent à des congrès et se forment sur d'autres continents que celui de leur exercice. L'UEMS, après avoir mis en place l'EACCME (European accreditation council for continuing medical education), commence l'harmonisation des qualifications avec l'ECAMSQ (European council for accreditation of medical specialists qualifications) ; dans ce domaine, quelques spécialités, dont la radiologie, ont été des disciplines pilotes. Il restera à l'UEMS à mieux formaliser des systèmes de "Performance improvement", d'EPP, ou de DPC plus complets. L'appellation FMC/DPC est déjà utilisée pour insister sur l'interactivité des formations, mais les EPP ne sont pas encore formalisées.

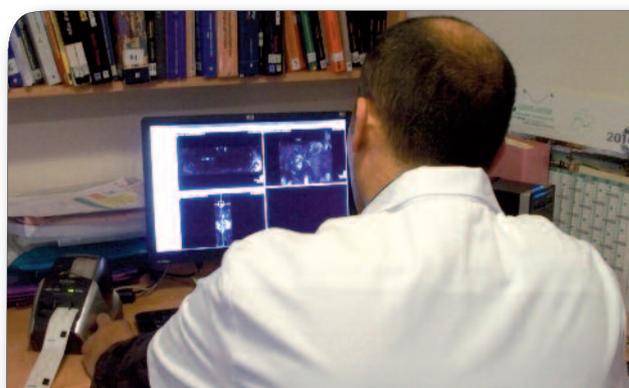
Pourquoi ne pas harmoniser le système français avec les propositions de l'UEMS ?

La France a une grande culture de FMC, et comme ailleurs, les médecins se forment beaucoup mais les résultats des formations ne sont pas toujours mesurés. La France essaye depuis 1996 de mettre en place un système obligatoire de FMC. Les affrontements entre les acteurs ont été régulièrement observés par des médecins dont la motivation baisse avec le temps. Depuis 2004, l'objectif est de mettre en place des méthodes basées sur l'EPP, mais aucun pays développé n'a réellement mis en place un système viable, utile pour les professionnels, et améliorant la qualité des soins. Depuis 2009, un DPC a été promu pour tous les professionnels de santé sans qu'aient été expérimentées les 2 étapes précédentes : la formation continue et l'EPP. La notion de crédit a été rayée du vocabulaire, sans raison explicite, ni communication claire. Les crédits devraient être remplacés par d'autres moyens pour mesurer les résultats ! La France est aussi le seul pays proposant de lier le DPC avec la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, ce qui n'est pas habituel dans les concepts de formation. Selon cette logique absurde, pourquoi ne pas

aussi orienter les programmes des facultés de médecine selon les objectifs de la maîtrise médicalisée ? Il restera ensuite à mettre en oeuvre un système de "qualifications" et la plupart des spécialités médicales ont déjà développé des référentiels métiers, première fondation d'un système de qualification.... En médecine, le droit d'exercer doit être évalué périodiquement par les autorités nationales professionnelles comme cela commence à se faire dans les pays développés. Il s'agit de répondre aux demandes du public et garantir une médecine de qualité. Une évaluation périodique des connaissances existe bien pour les professions sportives qui encadrent nos enfants !

Quelle pérennité pour le système français actuel en matière de DPC ?

Deux points sont des tabous : la finalité du système proposé et le financement. Des questions de fond comme l'existence de nombreux conflits d'intérêts des acteurs sont passées sous silence ! Lorsqu'une évaluation incitative montrera aux médecins que leurs compétences ne permettent pas de continuer d'exercer sans une remise à niveau, nous aurons un bon système de FMC/DPC/Compétences.



La finalité du système DPC

Faut-il développer un système incitatif valorisant les meilleurs médecins et cherchant à promouvoir la bonne qualité et l'excellence des pratiques ou avoir un système sanctionnant les médecins dont les pratiques sont déviantes ? Les professionnels sont des adultes : valorisons les médecins motivés, et ne cherchons pas à traquer, condamner ceux qui ne font pas bien... Quand nous aurons d'abord mis en place un système incitatif, par exemple avec une incitation financière comme dans d'autres pays, ou une incitation pour conserver un droit d'exercice, le système pourra être rendu plus contraignant. Sans incitations, nous pourrions construire tous les systèmes possibles qui seront regardés avec admiration par les professionnels : les technocrates et professionnels de la formation sont une

élite qui n'écoute plus la base des professionnels... Les référentiels métiers d'activités, de compétences et de formation sont des préalables que notre système construit progressivement, et qui permettront de prendre les problèmes dans un ordre logique. Les instances régionales des Ordres professionnels pourront-elles revivre de leurs cendres pour évaluer et inciter ?

Financement ou aveuglement organisationnel ?

Regardons les autres professions, et les autres pays : aucun système ne dédommage directement ni des professionnels pour aller se former, ni des organismes qui deviennent des bras armés de l'état... Les systèmes de FMC/DPC sont basés sur la contribution volontaire des professionnels libéraux pour lesquels la formation est couverte par la déclaration des frais professionnels. Regardons simplement comment font d'autres professions libérales : avocats, experts-comptables, et la plupart des professions para-médicales... Mais il faudrait avoir des professionnels correctement rémunérés pour ne pas avoir à les supporter pour leur formation ! Dans le secteur libéral, les coûts de formation sont des frais professionnels. Pour les salariés, ce sont les employeurs qui prennent en charge la formation et ses coûts (l'allocation de temps est de 15 jours ouvrables par an pour les praticiens hospitaliers).

Nous vivons heureux grâce à un aveuglement organisationnel : comparez le coût de formation de tous les professionnels

en appliquant les tarifs affichés sur le site de l'OGDPC et les ressources disponibles ! En pratique, avec une ou deux actions par an pour chaque professionnel (ce qui est insuffisant !), même après un hold-up sur les

industries pharmaceutiques (1 % du chiffre d'affaires, et non 1 % des profits), il manquera toujours beaucoup d'argent. L'environnement économique ne permettra pas d'avoir de nouvelles ressources. Malgré ce constat, partagé par la plupart des acteurs, le système avance. Nos décideurs et quelques acteurs bénéficiaires des ressources semblent satisfaits... Cet aveuglement organisationnel s'explique peut-être par les conflits d'intérêts des acteurs.

Les méthodes du DPC

J'ai lu les 24 fiches méthodes mises en ligne fin janvier 2013 sur le site de la haute autorité de santé (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fiches-methodes-de-dpc). Certaines sont excellentes, d'autres de mauvaise qualité. Les professionnels de terrain auront besoin de temps pour

comprendre le système, et en voir les limites. Je n'ai pas lu les 4 fiches en développement... Il y aura 28 méthodes ! La plupart des pays développés se sont limités à moins de 10 méthodes... Ces fiches n'ont pas d'auteurs, contrairement au premier principe de la charte HON présente sur le site de la HAS. Il n'est pas possible de savoir qui a écrit ces fiches, avec quelle méthode, et si elles ont été relues par des experts, et quels experts (avec ou sans liens d'intérêts ?)... Cette agence nous a habitués à l'excellence ; elle devrait simplifier ses propositions, ou laisser aux autres acteurs les règles du jeu...

Les orientations nationales sont un leurre pour technocrates

Des orientations étatiques ne peuvent s'adapter au DPC pour de multiples raisons. Les acteurs peuvent faire ce qu'ils veulent tant ces orientations sont nombreuses. Les modes d'exercice sont très différents, voire presque individualisés, et certains professionnels ne se retrouvent pas dans ces orientations ; les méthodes d'apprentissage sont diverses selon les médecins, et la plupart des apprentissages sont informels (par des collègues, des erreurs, des intérêts divers,...). Mais pourquoi mobiliser des acteurs pour un texte d'orientations nationales qui sera inutile ? La bonne formation a un cycle vertueux dans lequel les orientations nationales ont peu de place, et tout ceci a été bien formulé depuis longtemps par des associations de médecins : 1) Faire un bilan professionnel personnalisé ; 2) Définir les besoins et objectifs ; 3) Mettre en place un plan de formation en choisissant les méthodes appropriées ; 4) Réaliser les actions de formation en prévoyant leur traçabilité ; 5) Evaluer les actions selon les niveaux (assiduité/participation, satisfaction, apprentissage, performance, état de santé du patient, état de santé de la population).

Les acteurs se battent :

Aller comprendre facilement les jeux entre :

1) la fédérations des spécialités médicales (<http://www.specialitesmedicales.org/>) qui propose de créer des structures (ODPC ou organisme de DPC par spécialité) dont les missions dupliquent l'existant ; 2) l'organisme gestionnaire du DPC ou OGDPC (<https://www.ogdpc.fr/>) qui, crise financière aidant, aura de moins en moins de ressources à gérer, et qui au 3 avril liste triomphalement 1500 organismes enregistrés sur son site ; 3) les syndicats professionnels (y compris les syndicats des établissements de santé) qui peuvent espérer une part des ressources ; 4) tous ces nouveaux acteurs, facultés de médecine, écoles professionnelles, établissements hospitaliers, organismes formateurs,... et personne ne sait plus quelle sera la place des industries de santé. Les rôles des acteurs doivent être explicites et admis par tous : l'université

“ Des orientations nationales étatiques ne peuvent orienter le DPC pour de multiples raisons. ”

forme les médecins tout au long de la vie, et les collègues universitaires définissent les curriculum de formation initiale et continue ; les facultés de médecine devraient être des acteurs forts comme en Amérique du nord où l'industrie des produits de santé leur attribue des ressources pour développer des programmes de formation ; mais pour cela une culture des méthodes de pédagogie des adultes, d'évaluation de ces méthodes est un préalable à développer ; les sociétés savantes contribuent à améliorer la connaissance, à produire le savoir, à assurer la formation et la recherche, et elles ont une place majeure par les manifestations qu'elles supervisent ; l'ordre professionnel contrôle la compétence des médecins : le diplôme n'est pas acquis à vie et les médecins étrangers doivent avoir une équivalence ; les financeurs doivent respecter des cahiers des charges assurant une indépendance des actions de formation : la formation n'est ni un outil promotionnel des industries, ni un outil de maîtrise médicalisée ; les syndicats doivent représenter les intérêts catégoriels et professionnels, et les organismes de formation ne sont pas les bras armés des syndicats.

Conclusion

Former, actualiser les connaissances, évaluer les pratiques et compétences de 220 000 médecins demande d'abord un système très simple qui marche. Les règles du jeu entre les acteurs ne sont pas explicites, et les objectifs du système FMC/DPC devront être clarifiés. Commençons par attribuer quelques crédits à des activités et surtout mettons en place une démarche avec un incitatif financier ou un incitatif pour conserver un droit d'exercer. Les crédits permettent de

reconnaître les échanges entre pays qui ne vont qu'augmenter. Les financements, s'ils existent, doivent être transparents... Les conflits d'intérêts devraient être gérés, et c'est urgent, et les "valeurs" des acteurs formalisées. Les initiatives françaises de 2013 suivront la destinée des tentatives de 1996, 2002, 2004, faute de système simple, clair, mesurable et faute d'accord entre les acteurs. Les 74 leaders et experts en FMC, ayant travaillé pour les CNFMC entre 2003 et 2009 ont été démotivés : ce sont des relais d'opinions à reconquérir. **Et ayons une pensée pour toutes les autres professions de santé : l'extension aux autres professions de ce qui n'a jamais marché pour les médecins ne permet pas de construire avec ces professions une relation basée sur la confiance.**

Comment le système de FMC/DPC renforcera sa crédibilité aux yeux des professionnels de santé démotivés, et pour le bénéfice des patients ? La relecture des écrits des sociologues, dont Michel Crozier, nous conforte dans nos opinions... ■

Hervé MAISONNEUVE

EAM 4128 : Santé, individu et société : Université Claude Bernard LYON 1

Ancien président de Global Association for Medical Education (www.game-cme.org) ; membre du Rome CME – CPD group (<http://dev.romegroup.polishyourimage.com/>)

Liens d'intérêts : gérant non salarié d'une SARL, organisme de formation en rédaction scientifique www.redactionmedicale.fr, associé de Wentz-Miller Global Services (<http://www.wentzmillier.org/>)



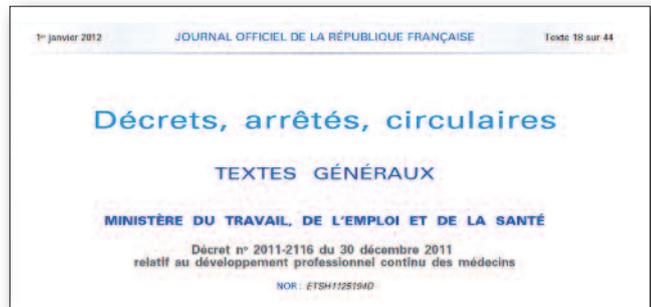
→ PS : j'ai emprunté des phrases et développé des idées contenues dans 2 articles publiés par B Maillat et moi-même dans La Presse Médicale, 2011 (cités ci-dessous).

POUR EN SAVOIR PLUS :

- **American Medical Association.** The physician's recognition award credit system. Information for accredited providers and physicians. 2010 Revision. Sur le site de l'AMA : <http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/continuing-medical-education/physicians-recognition-award-credit-system/full-text-booklet.shtml>
- **Crozier M.** Etat modeste, état moderne. Stratégies pour un autre changement. Points essais. 1991
- **Collège des médecins du Québec.** Direction de l'amélioration de l'exercice. Le plan d'autogestion du développement professionnel continu ; mars 2007 (http://www.anq.qc.ca/Documents/Plan_autogestion_CMQ_Mars_2007.pdf)
- **Davis D, Barnes B, Fox R.** The continuing professional development of physicians: From research to practice. Chicago IL: AMA Press, 2003.
- **Maillat B, Maisonneuve H.** Apprentissage tout au long de la vie pour les médecins spécialistes en Europe : formation médicale continue, développement professionnel continue et qualifications. La Presse Médicale 2011;40:357-365.
- **Maillat B, Maisonneuve H.** Un ambitieux challenge européen : harmoniser la formation des médecins spécialistes avec des

accords de réciprocité entre les pays. [Editorial] La Presse Médicale 2011;40:333-335.

- **Maisonneuve H, Matillon Y, Milliat B, Marescaux J. Milliat B, Marescaux J.** Les leçons de Bristol. Annales de Chirurgie 2004;129:114-118.
- **Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson NL, Ashar BH, Magaziner JL, et al.** Effectiveness of continuing medical education. Evidence report/technology assessment No 149 (prepared by the Johns Hopkins Evidence-based practice center, under contract No 290-02-0018). AHRQ publication No 07-E006, Rockville, MD : Agency for healthcare research and quality January 2007. www.ahrq.gov
- **Matillon Y, Maisonneuve H, rédacteurs.** Evaluation en santé. De la pratique aux résultats. Flammarion Médecine Sciences, 2007, 207 pages.
- **Union Européenne des Médecins Spécialistes.** Continuing medical education and professional development. Bruxelles (<http://www.uems.net/index.php?id=32>).
- **The Rome CME/CPD group.** Consensus documents. Glossary of terms; Responsibilities and values. Guidelines for commercial support. Guidelines for distance learning accreditation. (<http://rome-group.org/content/consensus-documents>)



La réglementation du DPC

Le développement professionnel continu (DPC), obligatoire, sera effectif à partir de juin 2013. Tous les professionnels de santé, devront participer, tous les ans, à un programme de DPC collectif, annuel ou pluriannuel, proposé par un organisme de DPC enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)¹. Nous présentons les principales dispositions qui concernent les médecins libéraux et, le cas échéant, les manipulateurs.

Contenu de l'obligation de DPC des médecins

Le DPC comporte l'analyse par les médecins de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Chaque médecin doit participer, chaque année, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Le programme doit :

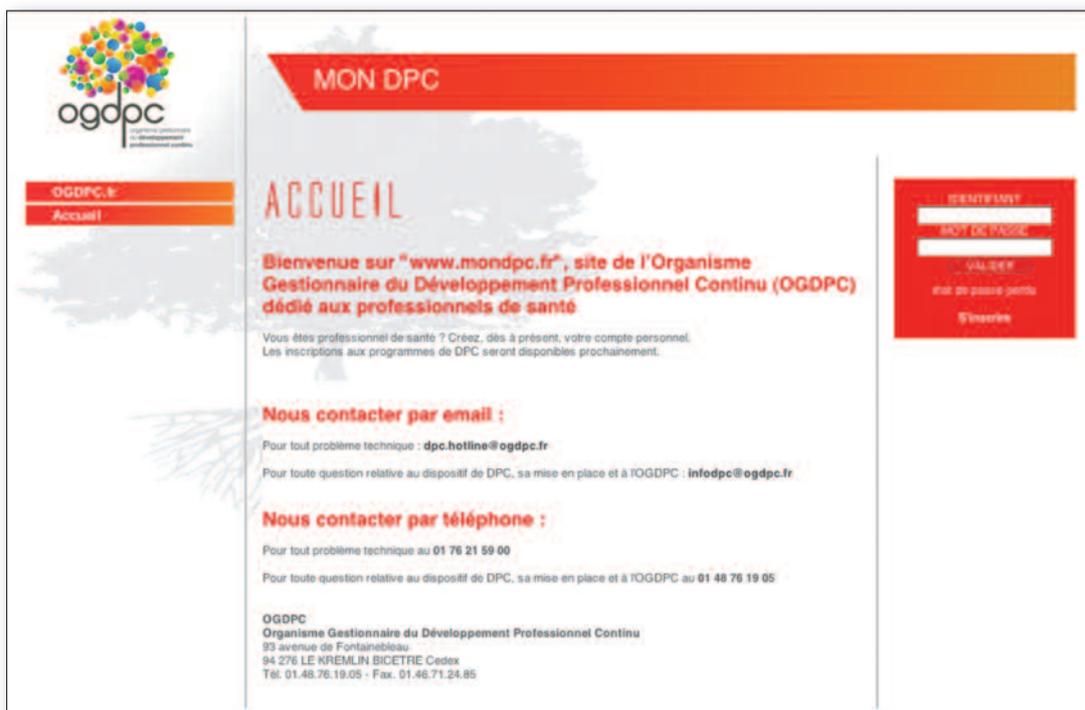
- Etre conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC (voir liste ci-après)
- Comporter une des méthodes et des modalités (voir liste ci-après) validées par la HAS qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou formateur, à un programme de DPC.
- Etre mis en œuvre par un organisme de DPC agréé.

Les orientations nationales peuvent être annuelles ou pluriannuelles. Elles sont arrêtées chaque année par le ministre de la santé. Les agences régionales de la santé (ARS) peuvent compléter les orientations nationales par des orientations régionales en cohérence avec leur projet régional de santé.

La liste des méthodes est fixée par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec le concours des conseils nationaux professionnels de spécialité (G4 pour la radiologie).

Le médecin pourra choisir un programme de DPC soit directement auprès d'un organisme de DPC comme FORCOMED, soit en consultant le site de l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) en s'inscrivant préalablement sur le site « mondpc.fr ».

Un médecin peut aussi satisfaire à son obligation de DPC si, au cours de l'année civile écoulée, il a obtenu un diplôme universitaire évalué favorablement par la commission scientifique indépendante des médecins en tant que programme de DPC.



¹ Les modalités de l'organisation et du contrôle du DPC sont fixées par le décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins – Journal Officiel du 1^{er} janvier 2012

DOTAREM[®]



0,5 mmol/ml
Acide gadotérique

Gd³⁺ peut attaquer ...



... Maîtrisez-le !

- ⊕ 23 ans d'utilisation en pratique clinique
- ⊕ Administré à plus de 32 millions de patients
- ⊕ Commercialisé dans plus de 70 pays
- ⊕ Indiqué chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson⁽¹⁾

F1251 - 12/10/69244971/PM/106 - Réalisation Citron Marine - Janvier 2013

DENOMINATION : DOTAREM 0,5 mmol/mL, solution injectable - **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** pour 100 mL de solution : acide gadotérique : 27,932 g correspondant à DOTA : 20,246 g, correspondant à oxyde de gadolinium : 9,062 g [Acide gadotérique : complexe de gadolinium de l'acide 1, 4, 7, 10 tétra-azacyclododécane N, N', N'', N''' tétra-acétique] - Concentration en produit de contraste : 0,5 mmol/mL - **FORME PHARMACEUTIQUE (*) - DONNÉES CLINIQUES - Indications thérapeutiques -** ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Imagerie par résonance magnétique pour : pathologies cérébrales et médullaires, pathologies du rachis, et autres pathologies du corps entier (dont angiographie) - **Posologie et mode d'administration - Posologie :** la dose recommandée est de 0,1 mmol/kg soit 0,2 mL/kg, chez l'adulte comme chez l'enfant et le nourrisson. En angiographie, lorsque les résultats de l'examen en cours le rendent nécessaire, une deuxième injection au cours de la même session est possible. Dans quelques cas exceptionnels comme la confirmation du caractère unique d'une métastase ou la détection de tumeurs leptoméningées, une deuxième injection de 0,2 mmol/kg peut être administrée. **Populations particulières :** insuffisants rénaux : DOTAREM ne doit être administré aux patients présentant une insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m²) et en période péri opératoire de transplantation hépatique qu'après une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque et que si les informations diagnostiques sont indispensables et ne peuvent être obtenues au moyen d'une IRM sans rehaussement du contraste. S'il est nécessaire d'administrer DOTAREM, la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg de poids corporel. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen IRM. En raison du manque d'information sur les administrations répétées, les injections de DOTAREM ne doivent pas être répétées sauf si l'intervalle entre les injections est d'au moins sept jours. Population pédiatrique : nouveau-nés jusqu'à l'âge de 4 semaines et nourrissons jusqu'à l'âge d'un an : en raison de l'imaturité de la fonction rénale chez le nouveau-né jusqu'à l'âge de 4 semaines et chez le nourrisson jusqu'à l'âge d'un an, DOTAREM ne doit être utilisé chez ces patients qu'après une évaluation attentive et à une dose n'excédant pas 0,1 mmol/kg de poids corporel. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen IRM. En raison du manque d'information sur les administrations répétées, les injections de DOTAREM ne doivent pas être répétées sauf si l'intervalle entre les injections est d'au moins sept jours. DOTAREM n'est pas recommandé pour l'angiographie chez les enfants de moins de 18 ans en raison de données insuffisantes sur l'efficacité et la sécurité dans cette indication. Sujets âgés (à partir de 65 ans) (*): aucune adaptation posologique n'est nécessaire. Utiliser avec prudence chez les sujets âgés. **Mode d'administration :** le produit doit être administré en injection intraveineuse stricte - **Contre-indications :** antécédents d'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des constituants de DOTAREM. **Contre-indications** liées à la technique IRM - **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi (*) - Mises en garde (*) :** tous les produits de contraste pour IRM peuvent être à l'origine de réactions d'hypersensibilité mineures ou majeures, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ces réactions d'hypersensibilité sont de nature allergique (réactions dites anaphylactiques si graves) ou non allergique. Elles peuvent être immédiates (moins de 60 minutes), ou retardées (jusqu'à 7 jours) - **Précautions d'emploi (*) - Hypersensibilité aux produits de contraste IRM (*) - Insuffisance rénale (*) :** avant l'administration de DOTAREM, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec DOTAREM, ce produit ne doit être administré aux patients présentant une insuffisance rénale sévère ou durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique qu'après une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque et que si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. **Nouveau-nés et nourrissons :** en raison de l'imaturité de la fonction rénale des nouveau-nés jusqu'à l'âge de 4 semaines et des nourrissons jusqu'à l'âge d'un an, DOTAREM ne doit être administré à ces patients qu'après un examen approfondi de la situation. **Sujets âgés :** l'élimination rénale de l'acide gadotérique pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Troubles du système nerveux central (*) - Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions (*) - Grossesse et allaitement (*) - grossesse (*) :** DOTAREM ne doit pas être utilisé pendant la grossesse à moins que la situation clinique de la patiente ne nécessite l'administration de l'acide gadotérique. **Allaitement (*) :** les produits de contraste contenant du gadolinium sont excrétés dans le lait maternel en très petites quantités. Le médecin et la mère allaitante doivent décider s'il faut poursuivre l'allaitement ou le suspendre pendant les 24 heures suivant l'administration de DOTAREM - **Effets indésirables (*) :** au cours des études cliniques sur 1941 patients, 3,6 % des patients ont présenté un effet indésirable lié à l'administration de DOTAREM, les plus fréquents étant les douleurs et sensations de froid au site d'injection et les nausées. Les effets indésirables liés à l'utilisation de DOTAREM sont généralement d'intensité légère à modérée, et de nature transitoire. Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés lors de l'administration de DOTAREM depuis sa commercialisation sont les nausées, les vomissements, le prurit, et les réactions d'hypersensibilité - **Surdosage (*) - PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES (*) - DONNÉES PHARMACEUTIQUES (*) - PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 3400935895424 - 5 mL en flacon (verre) : 26,11 € TTC - 3400933171346 - 10 mL en flacon (verre) : 43,82 € TTC - 3400933171407 - 15 mL en flacon (verre) : 62,83 € TTC - 3400933171575 - 20 mL en flacon (verre) : 79,55 € TTC - 3400935895363 - 10 mL en seringue pré-remplie (verre) : 3400933840303 - 15 mL en seringue pré-remplie (verre) : 62,83 € TTC - 3400933840471 - 20 mL en seringue pré-remplie (verre) : 79,55 € TTC - **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** liste I - Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc. à 65%. Agréés aux Collectivités. (ref.01/2012) - GUERBET - BP 57400 - 95943 Roissy CdG cedex - France - Tél. : 01.45.91.50.00 - (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Guerbet.

(1) DOTAREM[®] ne doit être utilisé chez le nouveau-né jusqu'à l'âge de 4 semaines et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 1 an qu'après une évaluation attentive et à une dose n'excédant pas 0,1 mmol/kg de poids corporel.

(1) DOTAREM[®] n'est pas recommandé pour l'angiographie chez les enfants de moins de 18 ans en raison de données insuffisantes sur l'efficacité et la sécurité dans cette indication.

Guerbet 
Contrast for Life

Liste des méthodes utilisables dans le DPC

Les programmes de DPC devront être construits à partir d'une liste de méthodes arrêtée par la HAS.

Approche dominante/ activités	Méthodes de DPC	
I Pédagogique ou cognitive		
1.1 En groupe	Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...).	A compléter par une activité d'analyse des pratiques :
1.2 Individuelle	Revue bibliographique et analyse d'articles. Formation à distance (E-learning, supports écrits et numériques...).	Soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation.
	Formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. valisées par la CSI).	Soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle.
II Analyse des pratiques		
2.1 Gestion des risques	Revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI). Analyse a priori des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillances et de leurs effets : AMDE).	A compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences :
2.2 Revue de dossiers et analyse de cas	Soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser. Groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles. Réunions de concertation pluridisciplinaire. Revue de pertinence.	Soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques et articulée avec elle.
2.3 Indicateurs	Suivi d'indicateurs. Registres, observatoire, base de données. Audit clinique.	
2.4 Analyse des parcours de soins	Chemin clinique. Patients traceurs (en développement).	
2.5 Analyse de parcours professionnel	Bilan de compétences.	
III Approche intégrée à l'exercice professionnel		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques. Gestion des risques en équipe (en développement). Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...).		
IV Dispositifs spécifiques		
Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque. Accréditation des laboratoires de biologie médicale. Programme d'éducation thérapeutique. Protocole de coopération. Formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux).		
V Enseignement et recherche		
Publication d'un article scientifique. Recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Maîtrise de stage (en développement). Formateurs pour des activités de DPC.		
VI Simulation		
Session de simulation en santé. Test de concordance de script (TCS).		
<i>Source : HAS Décembre 2012</i>		

Traçabilité de l'engagement des professionnels de santé

Il est demandé à chaque professionnel de santé :

- De décrire son implication dans le programme de DPC en renseignant, chaque année, un bilan individuel d'activité qui comprend au minimum :
 - Les besoins identifiés par le professionnel.
 - Le programme suivi.
 - Les actions d'améliorations mises en œuvre.
- De pouvoir justifier les actions entreprises en conservant tous les documents susceptibles de lui être demandés, par exemple : attestation de présence à une activité, compte-rendu de réunion, résultats d'évaluation, fiche de suivi d'actions d'amélioration,...

Le financement du DPC

L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) finance le DPC des médecins libéraux et des médecins des centres de santé conventionnés dans la limite des forfaits individuels. Les centres hospitaliers universitaires consacrent un pourcentage minimum de 0,5% du montant des rémunérations de leurs médecins au financement d'actions de DPC. Les autres établissements publics de santé consacreront un pourcentage minimum de 0,75% du montant de la rémunération des médecins. Le DPC des médecins salariés du secteur privé est financé conformément au code du travail.

Les employeurs publics et privés peuvent se libérer, totalement ou partiellement, de l'obligation de financement en versant tout ou partie des sommes à un organisme paritaire collecteur agréé.

Le contrôle

L'organisme de DPC délivre une attestation aux médecins justifiant de leur participation, au cours de l'année civile, à un programme de DPC. Il transmet une copie électronique de cette attestation au conseil départemental de l'Ordre des médecins. Le conseil départemental de l'Ordre s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, que les médecins relevant de sa compétence ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC. La participation à un programme évalué défavorablement par la commission scientifique indépendante ne permet pas de respecter l'obligation de DPC.

En cas de non-respect de l'obligation de DPC, le Conseil départemental de l'Ordre demande au médecin les motifs. Au vu de la réponse, le Conseil apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et le notifie à l'intéressé. L'absence de mise en œuvre de ce plan

peut constituer un cas d'insuffisance professionnelle et justifier une suspension d'exercice.

Le DPC des manipulateurs

Les auxiliaires médicaux, dont les manipulateurs en électroradiologie, sont, eux-aussi, soumis au DPC². Pour ces professionnels, le DPC, qui est une obligation individuelle, comprend l'analyse de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences.

Pour satisfaire à leur obligation en matière de DPC, ils doivent participer à un programme collectif annuel ou pluriannuel.

Le programme doit :

- Être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC.
- Comporter une des méthodes ou modalités validées par la HAS.
- Être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré.

L'auxiliaire médical est réputé avoir respecté son obligation de DPC si, au cours de l'année civile, il a suivi une action de formation professionnelle continue de DPC. Il peut aussi avoir obtenu, au cours de l'année civile, un diplôme universitaire évalué favorablement en tant que DPC.

L'OGDPC finance le DPC des auxiliaires médicaux libéraux et de ceux des centres de santé conventionnés dans la limite des forfaits individuels.

Les employeurs publics ou privés financent les actions de DPC. Ils mettent en œuvre le DPC des auxiliaires médicaux qu'ils emploient et peuvent recourir à un organisme paritaire collecteur agréé.

L'organisme de DPC délivre une attestation aux auxiliaires médicaux justifiant leur participation à un programme. Il transmet les attestations correspondantes à l'employeur du secteur public ou privé. L'employeur s'assure du respect de l'obligation annuelle de DPC. En cas de non-respect, l'employeur invite l'auxiliaire médical à en exposer les motifs. Il apprécie, au vu des éléments de réponse, s'il y a lieu de prendre une sanction.

La gestion du DPC

La gestion du DPC est précisée par le décret relatif à l'organisme gestionnaire du DPC³. L'OGDPC est chargé de publier :

- La liste des programmes de DPC dispensés, leur nombre, leur coût, le nombre de professionnels de santé concernés, les conditions de prises en charge des demandes et les forfaits d'indemnisation.

² Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

³ Décret n° 2012-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu – Journal Officiel du 1er janvier 2012



- La liste des organismes de DPC bénéficiaires des fonds de l'OGDPC ainsi que les résultats de l'évaluation de ces organismes.
- Les comptes annuels de l'OGDPC et le rapport du contrôleur d'Etat.

Les programmes suivis par les professionnels de santé libéraux ou exerçants dans des centres de santé conventionnés sont pris en charge par l'OGDPC dans la limite d'un forfait. Peuvent être pris en charge, dans la limite du forfait, les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de DPC, les pertes de ressources des professionnels ainsi que les frais divers induits par la participation à ces programmes.

Les organismes de DPC doivent faire l'objet d'un enregistrement auprès de l'OGDPC. Ils font l'objet d'une évaluation par la CSI. Dans le cas où un organisme de DPC a reçu un avis défavorable à la suite de son évaluation, le suivi de ses programmes par un professionnel ne lui permet pas de respecter ses obligations de DPC.

La CSI

La commission scientifique indépendante des médecins a pour mission :

- De formuler un avis sur les orientations nationales et régionales du DPC.
- D'évaluer les organismes de DPC.
- De répondre aux demandes d'expertise qui lui sont soumises par l'OGDPC.
- D'établir la liste des diplômes d'université considérés équivalents à un programme de DPC.
- De formuler un avis sur les méthodes et modalités validées par la HAS.

L'évaluation de l'organisme de DPC porte, notamment sur :

- Sa capacité pédagogique et méthodologique.
- Les qualités et références de ses intervenants.
- Son indépendance financière, notamment, à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR



ORIENTATIONS NATIONALES POUR L'ANNEE 2013

I. – Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- la connaissance de l'état de santé de la patientèle et/ou de la population vivant sur le territoire où le professionnel exerce ;
- l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies aiguës et chroniques ;
- la promotion des parcours de santé et de soins, comprenant pour le patient le juste enchaînement de l'intervention des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins préventifs et curatifs ;
- la promotion des actions de prévention ou de dépistage ;
- la maîtrise des indications et contre-indications des actes diagnostiques et thérapeutiques, des prescriptions en matière de médicaments, de dispositifs médicaux, d'exams biologiques, de transports sanitaires ;
- les programmes d'études cliniques et épidémiologiques visant à évaluer des pratiques et à actualiser et/ou compléter des recommandations de bonne pratique clinique ;
- la recherche et la critique de l'information scientifique pertinente.

II. – Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- le développement de l'information et de l'autonomie du patient ;
- de favoriser le bon usage et l'observance des traitements ;
- l'amélioration de la qualité de vie du patient et la prise en charge des personnes fragiles et/ou handicapées, et de leur entourage ;

- la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ;
- l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie des patients ;
- la formation à l'éducation thérapeutique (permettre aux patients atteints de maladie chronique d'acquérir ou de développer les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux l'évolution de leur maladie) ;
- la formation à la relation « professionnel de santé-patient » ou au « partenariat soignant-soigné ».

III. – Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- d'améliorer la connaissance des enjeux de sécurité sanitaire et des procédures de déclaration d'événements indésirables ;
- de développer une culture de gestion des risques au sein des équipes (pluri)professionnelles de santé, notamment à travers les démarches qualité et les procédures de certification ;
- de développer une approche sur la pertinence des soins et des actes par des outils adaptés à son amélioration ;
- l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins décrite aux articles L. 4135-1 et suivants ;
- l'accréditation des laboratoires de biologie médicale décrite aux articles L. 6221-1 et suivants du code de la santé publique ;
- la prévention des événements indésirables liés aux soins : sécurité des soins, gestion des risques (*a priori*, ou *a posteriori*, y compris les événements porteurs de risque), iatrogénie (médicamenteuse notamment chez les personnes âgées, vigilances, déclarations d'événements indésirables, infections nosocomiales, infections liées aux soins) ;
- la sécurisation de la prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse du patient à l'hôpital ou en ville (circuit du médicament) ;
- la connaissance par les professionnels des responsabilités juridiques des différents corps de métiers ;
- la lutte contre le mésusage et le détournement de certains médicaments ;
- la radioprotection des patients et des professionnels de santé, en radiothérapie, en médecine nucléaire, en radiologie et en radio-pharmacie.

IV. – Orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- l'élaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles ;

- la coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, protocoles pluridisciplinaires, dossier médical notamment au niveau territorial, relation entre médecins traitants et correspondants ;
- les coopérations entre professionnels de santé relevant des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;
- la formation des maîtres de stage ou des tuteurs d'étudiants des professions de santé ;
- le développement des systèmes d'information et le dossier médical (dossier médical personnel et dossier pharmaceutique prévus aux articles L. 1111-14 et suivant du code de la santé publique, logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, programme Hôpital numérique 2012-2016) ;
- la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
- les modélisations des communications interprofessionnelles ;
- l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale et des équipes ;
- la gestion économique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

V. – Orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale

En lien avec les axes développés lors de la conférence environnementale, le développement professionnel continu mettra notamment l'accent sur :

- la connaissance par les professionnels de santé des données existantes sur les liens entre pathologies et facteurs environnementaux ;
- les actions que peuvent mettre en place les professionnels de santé, notamment celles inscrites dans le plan national santé environnement 2009-2013 et le plan national santé au travail 2010-2014.

VI. – Orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail

S'inscrivent dans cette orientation les programmes de développement professionnel continu ayant notamment pour objectifs :

- l'adaptation et le développement des compétences des salariés définies à l'article L. 6313-3 du code du travail ;
- la promotion professionnelle définie à l'article L. 6313-4 du code du travail ;
- la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique, définie à l'article L. 6313-8 du code du travail ;
- l'économie et la gestion de l'entreprise définies à l'article L. 6313-9 du code du travail ;
- le bilan de compétences défini à l'article L. 6313-10 du code du travail ;
- la validation des acquis d'expérience définie à l'article L. 6313-11 du code du travail. ■



Avenant 8, Protocole, PLFSS 2013

Après avoir souhaité aux participants une bonne année qu'il espère calme, Jacques Niney, Président de la FNMR, laisse la parole à Saranda Haber, Trésorière, pour la présentation des comptes qui doivent être arrêtés par le conseil d'administration conformément à la législation.

Approbation des comptes de la FNMR



Dr Saranda Haber

En 2012, les recettes ont été supérieures aux prévisions. La hausse du nombre de cotisants s'est traduite par une hausse des cotisations, plus importantes que les années passées, preuve que les radiologues se rangent derrière la Fédération dans les périodes difficiles. Les cotisations des centres de scanner et d'IRM ont, elles aussi, été en hausse par rapport aux années passées.

Ces recettes de cotisations supplémentaires sont aussi le fruit du travail des présidents et des trésoriers départementaux et régionaux que Saranda Haber remercie. La trésorière appelle les adhérents et les centres d'imagerie en coupe au même effort de mobilisation pour l'année 2013 car les tâches qui attendent la Fédération sont toujours aussi importantes.

Les dépenses sont également supérieures aux prévisions en raison d'une reprise de provision pour les observatoires OPI et SENOLOG. Le résultat d'exploitation et le résultat net sont positifs, preuve d'une bonne gestion de la Fédération.

Jean-Pierre Farjots, commissaire aux comptes, intervient ensuite pour rappeler les principaux contrôles auxquels il a procédé, demandant que les relations financières avec les observatoires soient limitées aux éventuelles subventions de l'année en cours. Il conclut que le conseil d'administration peut arrêter les comptes. Ce qui est fait à l'unanimité.



M. Jean-Pierre Farjots

¹ Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

L'environnement politique

Après cette question statutaire, l'ordre du jour appelle les questions politiques.

Jacques Niney présente les principales données du projet de loi de financement de la sécurité sociale avec un ONDAM¹ à 2,7%, et, pour la ville et l'hôpital, un taux unique de 2,6% ce qui est une première. Le PLFSS 2013 prévoit des augmentations de cotisations sur la retraite RSI et la retraite de base. Il comprend aussi une augmentation de la taxe sur les salaires qui devrait peu toucher un cabinet "moyen".

Les deux dernières années, des économies de 600 à 700 millions ont été réalisées par la médecine de ville. Concernant l'hôpital, le discours du gouvernement est contradictoire en voulant tout centrer sur lui (remettant en cause la T2A) mais en lui demandant aussi de faire des économies. Ce double discours reflète, en partie, des désaccords entre les services du 1er Ministre et la Ministre de la santé. Il est à noter que les principaux responsables du cabinet du ministère de la santé ont été remplacés par d'anciens conseillers de l'époque Aubry, à l'origine de la lettre clé flottante qui avait violemment affecté les cabinets de radiologie.

Autre élément de cette rentrée, la position de la FHF, suite à ses élections internes, qui reste aussi négative vis-à-vis du monde libéral et des médecins radiologues. L'évolution de la FHP suscite aussi des interrogations avec une volonté de salarier les médecins dans les établissements.

L'avenant 8

Cet avenant a été négocié sous la contrainte. Il a suscité de nombreuses réactions sur les réseaux sociaux (Twitter, Facebook, etc.).

Salons
Hoche
PARIS

L'objectif était de réguler le reste à charge qui réduisait l'accès aux soins des patients ayant ainsi un reste à charge trop élevé. La Ministre avait fixé une date limite de conclusion au 15 octobre.

L'avenant comprend un dispositif pour contrôler les dépassements au-delà de 100% et supérieurs à 150%. L'esprit des négociateurs était de mettre des limites aux dépassements excessifs en tenant compte de certaines situations locales.

Les pouvoirs publics ont voulu un affichage politique plus fort et ont proposé de contrôler les dépassements supérieurs à 100%, en tenant compte du taux de dépassement moyen départemental. C'est inacceptable car cela ne correspond pas à l'avenant 8.

La prochaine Commission Paritaire Nationale devra se prononcer sur ce point. La CSMF et MG ont annoncé qu'ils voteront contre, le SML a choisi de ne pas y participer. La mesure passera de toute façon sous forme d'un arrêté ministériel.

Il appartiendra ensuite aux instances paritaires locales qui seraient saisies pour des dépassements de ne sanctionner que les dépassements excessifs conformément à l'avenant 8. La principale innovation de cet avenant est le contrat d'accès aux soins. Celui-ci est ouvert aux médecins de secteur 2 et sur titre (anciens chefs de cliniques, PH,...) pour les médecins de secteur 1. Le contrat prévoit que les tarifs de remboursement soient bloqués pendant trois ans. Les dépassements facturés dans le cadre du contrat seront remboursés par les mutuelles ce qui réduira le reste à charge des patients. La période d'adhésion au contrat s'ouvrira dans le courant du premier trimestre jusqu'au 1^{er} juillet 2013.

Le protocole imagerie

Indépendamment de l'avenant 8, le protocole pluriannuel détermine les économies en imagerie médicale sur la période 2013-2015. Il précise les conditions de mise en

œuvre des mesures. Il permet d'éviter que, chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale prélève 100 à 150 millions d'euros sur la spécialité. Il assure donc une relative visibilité pour les cabinets qui restent,

comme toutes les autres entreprises, soumis aux aléas de la conjoncture économique.

Le protocole prévoit également la possibilité d'un archivage du dépistage et du suivi de cancer du sein. Il reprend aussi la mesure sur les associations mammographie échographie qui n'avait pas été appliquée lors du plan précédent. Cette disposition a, enfin, été soumise par la CNAM à la Haute Autorité de Santé pour avis.



La baisse des tarifs de forfait technique en IRM est très inférieure à ce que prévoient certaines administrations. Mais le président souligne que les caisses doivent comprendre que les limites des capacités de financement des équipements sont atteintes. Les banques commencent à refuser certains plans de financement.

Un intervenant pose la question de la suppression du second forfait technique en scanner. La CNAM évalue l'impact de cette suppression à 24 millions de dépenses supplémentaires. Elle demande donc, en contrepartie, des économies équivalentes. Le président considère que la profession a fait le maximum d'efforts et qu'il n'est plus question de négocier de nouvelles baisses d'ici à 2015. L'heure est au respect par chaque partenaire, y compris les caisses et l'Etat, de ses engagements.

Le président met en garde les radiologues contre certains mouvements revendicatifs opposés à l'avenant 8 qui condamnent les mutuelles mais veulent en créer une, qui sont contre les syndicats polycatégoriels mais veulent en créer un. Ce type de mouvement peut affaiblir les grandes centrales et offrir une occasion aux pouvoirs publics de diviser le corps médical.

Hiérarchisation en IRM

Le travail sur la hiérarchisation, entrepris par les sociétés savantes, progresse. Actuellement, les propositions comportent 80 libellés. Des ajustements sont encore à réaliser, notamment avec la SIMS.

Le processus de hiérarchisation proprement dit ne pourra commencer qu'à l'issue de la rédaction finale des libellés. Le principe même de la CCAM est de hiérarchiser en fonction des différents critères définis lors de l'élaboration de la nomenclature. Il doit être conduit à terme faute de quoi, la CNAM en décidera seule avec les conséquences que chacun peut imaginer sur la valeur des actes.

“ L'heure est au respect par chaque partenaire, y compris les caisses et l'Etat, de ses engagements. ”

La Cotisation Foncière des Entreprises

La Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) remplace la taxe professionnelle. Si elle a subi des modifications, certains cabinets ont payé plus que nécessaire. Un recours était possible jusqu'au début janvier, la CFE étant, en principe, inférieure à la taxe professionnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre contact avec la municipalité dont le cabinet dépend pour demander un réajustement.

La Permanence des Soins en Etablissement de Santé

Le principe de la rémunération des astreintes ou des gardes, à un montant équivalent de celui obtenu par les chirurgiens ou les anesthésistes, a été acquis. Certaines Agences Régionales de Santé disposent de lignes budgétaires allouées aux radiologues qui font de la permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES) avec un contrat de service public. Dans ce cas, c'est donc la clinique qui signe le contrat et le radiologue qui adhère, par cet intermédiaire, à cette PDS ES officielle.

Il est à noter que la FHP s'oppose à ces lignes budgétaires qui peuvent être créées au détriment de certains chirurgiens. Par ailleurs, certaines ARS refusent que le radiologue perçoive la majoration d'urgence et la PDS ES au motif qu'il s'agirait, selon elles, d'un cumul.

Le Projet Professionnel Commun

Le projet professionnel commun (PPC) a été inscrit, à titre expérimental, dans la loi Fourcade de 2011 mais il nécessitait un décret d'application. Celui-ci n'est jamais paru en raison de l'inertie de la DGOS à laquelle la profession dans son ensemble avait, pourtant, fourni un projet qu'elle n'a jamais pris en compte. Le président de la FNMR appelle donc les radiologues qui seraient impliqués dans l'élaboration d'un PPC à traiter directement avec les hôpitaux, et une fois l'accord conclu, à le présenter au directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Les mutuelles

Les mutuelles tentent d'organiser des réseaux de soins avec l'objectif de moins rembourser tout ce qui n'est pas strictement la valeur de l'acte. La profession ne peut accepter le principe de réseaux restreints qui sélectionnerait les médecins. C'est le danger des contrats individuels. Cependant, les réseaux mutualistes viennent d'être légalisés par la nouvelle majorité.

L'accord National Interprofessionnel

Le Medef et plusieurs syndicats salariés ont signé un accord national interprofessionnel (ANI) qui devrait être repris dans une prochaine loi.

Cet accord prévoit l'extension, d'ici au 1^{er} janvier 2016, de la couverture complémentaire santé aux salariés qui n'en disposent pas encore. Elle sera cofinancée pour moitié par l'employeur et pour moitié par le salarié. Un accord de branche ou d'entreprise peut prévoir une participation de l'employeur supérieure à 50%. Le niveau de couverture à souscrire n'a pas été fixé.

Accessibilité des locaux

La législation prévoit que les locaux accueillant du public doivent être accessibles aux personnes handicapées d'ici à 2015. Cette obligation peut être difficile à respecter dans certains cas. Des dérogations sont possibles. Elles devront être demandées au préfet.

Des sociétés spécialisées dans les études d'accessibilité peuvent aider les cabinets à évaluer le coût des travaux.

Obligations statutaires

Les syndicats départementaux et régionaux de la FNMR doivent transmettre leurs statuts à la Fédération après les avoir soumis à leur assemblée générale.

La législation impose aussi aux syndicats de publier, chaque année, leur compte.

Le contrôle qualité des mammographes numériques

Saranda Haber informe le conseil que l'arrêté sur le contrôle qualité a été publié. La seule nouveauté est que les systèmes CR doivent être contrôlés en priorité entre le mois d'avril et le 30 juin 2013, quelle que soit la date de leur précédent contrôle. Pour les autres, qui ne posaient pas de problème, les contrôles semestriels continuent à leur rythme habituel.

La fiche de premier lecteur est en cours de révision. Celle de second lecteur le sera ensuite afin d'arriver à une fiche harmonisée pour la France entière.

Le Développement Personnel Continu



Dr Jean Philippe Masson

Jean-Philippe Masson, Secrétaire général, rappelle que le Développement Personnel Continu (DPC) a pour objet d'évaluer les pratiques professionnelles pour permettre de mettre en place des actions d'amélioration de perfectionnement des connaissances et des compétences. Le DPC est obligatoire dès cette année.

Le remplaçant de l'Organisme de Gestion Conventionnel (OGC) de la formation, est l'OG DPC, où l'on retrouve à sa direction l'ancienne directrice de l'OGC.

Une Commission Scientifique Indépendante a été nommée début 2012 mais sa composition a été revue pour mettre les généralistes et les spécialistes à parité. Il y a donc maintenant deux collèges de dix-sept membres chacun, un pour les généralistes et un pour les spécialistes. Toutes les spécialités ne sont pas représentées au sein de cette CSI. Les radiologues le sont par un hospitalier, membre du G4, Pascal Bérout.

Les organismes qui font de la formation continue ont l'obligation, pour faire du DPC, d'être enregistrés par cet OG DPC. CEPPIM et FORCOMED ont été enregistrés. Tous les

organismes, environ six cent cinquante, seront réévalués par la CSI à partir du mois de juin.

FORCOMED a préparé une douzaine de programmes de DPC qui seront proposés

pour les radiologues. Jean-Philippe Masson profite de ce conseil pour lancer un appel à idée pour des programmes compatibles avec les thèmes nationaux.

FORCOMED, agréé pour les manipulateurs, prévoit aussi une quinzaine de programmes pour la profession.

“ Actuellement, 30% seulement des médecins sont formés dans le cadre de l'OGC. ”



Pour les radiologues, le DPC constitue une analyse des pratiques professionnelles et une formation avec l'obligation

de combiner les deux. Pour les manipulateurs, l'obligation porte uniquement sur une formation annuelle.

FORCOMED proposera le maximum de formations ou d'évaluations en e-learning, de façon à limiter le plus possible le temps perdu, les frais de déplacement et d'hébergement pour tous ceux qui sont en province. Le financement par médecin devrait être de l'ordre de 2990 euros. Pour les manipulateurs, l'OPCA devrait prendre en charge le DPC.

Il est à préciser que ceux qui sont engagés dans CEPPIM, dont les NRD et les ACR3, basculeront directement dans le DPC, et seront simplement obligés de prévoir une formation ou une amélioration de leur pratique.

Actuellement, 30% seulement des médecins sont formés dans le cadre de l'OGC. Le Ministère considère qu'un taux de 50%, en 2013, serait une réussite. Pour chaque médecin, la validation de son DPC avec un organisme agréé lui permettra d'obtenir une attestation dont il enverra copie au Conseil départemental de l'Ordre.

Jean-Philippe Masson précise que le renouvellement PCR ne fait pas partie du DPC. Dans le cas d'un médecin qui ne validerait pas son DPC, le Conseil de l'Ordre lui rappellerait l'obligation et lui demanderait de remédier à cette carence. Si la situation persiste, le Conseil de l'Ordre peut prendre différentes mesures comme une décision de suspension d'exercice pendant une ou deux semaines, le temps que le médecin s'acquitte de son obligation. La suspension peut, aussi, être plus longue.

En conclusion, Jacques Niney souligne l'importance de l'action de FORCOMED pour la profession et l'intérêt pour les radiologues et leurs personnels de participer à ses programmes. ■





La Stratégie nationale de santé

Le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, présentait, le 8 février dernier, les grands axes de la stratégie nationale de santé.



Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, accompagnée de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et de Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche à Grenoble le 8 février 2013

Lors de son intervention, le Premier ministre soulignait que le système français de prévention et de soins s'est constitué sur le principe inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946 ; *“ La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs la protection de la santé ”*. C'est sur ce principe que le Gouvernement entend réformer l'assurance maladie.

Face aux inégalités en matière de santé, Jean-Marc Ayrault a réaffirmé le principe d'un *“ système de santé solidaire et égalitaire, où chacun contribue en fonction de ses moyens, et reçoit en fonction de ses besoins ”*. Il a aussi rappelé qu'après la signature de l'avenant 8, un des objectifs du gouvernement était d'assurer la généralisation de la complémentaire santé d'ici à la fin du quinquennat. Mais, au-delà, le Premier ministre a développé les grands axes d'une stratégie nationale de santé annoncée par le Président de la République devant le congrès de la mutualité française en octobre dernier.

“ Huit priorités ont été retenues. ”

Le Premier ministre a rappelé les défis auxquels le système de santé est confronté : augmentation du nombre des patients atteints de maladies chroniques, développement des inégalités sociales et territoriales, maintien de déficits élevés,

système trop cloisonné et centré sur la prise en charge de pathologies aiguës.

Le Premier ministre a fixé les priorités qui devront, *“ pour les cinq à dix années à venir ”* constituer une stratégie nationale de santé avec les réorganisations indispensables du système de santé.

Huit priorités ont été retenues pour mettre en œuvre cette stratégie :

- 1- c'est dorénavant à partir du parcours de soins de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements;
- 2- rééquilibrer la politique de santé au profit d'une action sur les déterminants de santé (éducation, logement, emploi...);
- 3- décroisonner notre recherche biomédicale en favorisant le continuum nécessaire entre le soin et la recherche fondamentale jusqu'au lit du malade ;
- 4- définir le rôle respectif des professionnels de santé et promouvoir le travail en équipe sur le territoire et autour de la personne ;

- ⑥- réexaminer le contenu de la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- ⑥- repenser les modes de rémunération en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, pour faciliter la mise en place du parcours de soins ;
- ⑦- définir les modalités de mise en œuvre de l'engagement du Président de la République de généraliser la couverture complémentaire à tous les Français à l'horizon 2017 ;
- ⑧- identifier les conditions d'une amélioration de la gouvernance globale, territoriale et nationale, de notre système de soins et d'assurance maladie.

Un comité des sages, composé de personnalités issues du monde de la santé et de la recherche, sera chargé de piloter la mise en œuvre du projet et l'accompagnement des différentes étapes de son déploiement.

Le comité des sages

Il comprend 8 membres issus du monde de la santé et de la recherche :

Alain Cordier, Inspecteur général des finances, ancien directeur général de l'AP-HP, coordinateur du comité,

Pr Geneviève Chêne, chef du pôle santé publique au CHU de Bordeaux,

Dr Pierre de Haas, Président de la Fédération française des Maisons et pôles de santé,

Dr Gilles Duhamel, inspecteur général des affaires sociales,

Pr Emmanuel Hirsch, directeur de l'espace éthique de l'AP-HP,

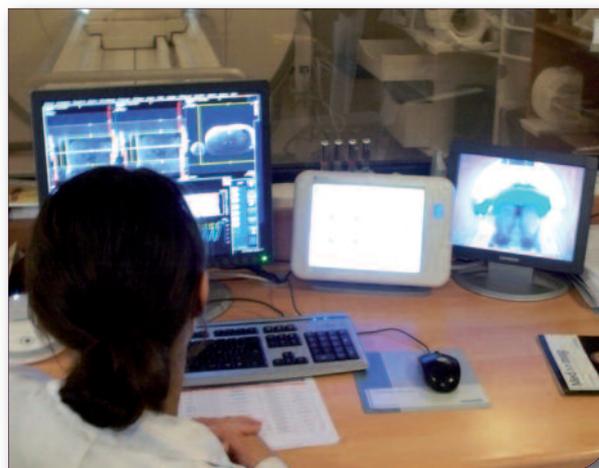
Mme Françoise Parisot-Lavillonnière, directrice pour la Région Centre de l'Institut régional de formation sanitaire et social de la Croix-Rouge,

Pr Dominique Perrotin, président de la conférence des doyens.

La volonté du Gouvernement est d'assurer le retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie mais aussi d'améliorer l'état de santé de la population, et l'égalité de l'accès aux soins.

Le Premier ministre a aussi indiqué que la réorganisation du système de santé devait permettre une meilleure coordination entre les praticiens et les établissements et d'organiser la continuité entre la prévention, les soins et l'accompagnement autour de la personne et de ses besoins.

La FNMR ne peut que souscrire à de tels propos. La FNMR, avec ses partenaires du conseil professionnel de la radiologie, a soumis aux autorités deux projets dont la philosophie est d'organiser l'offre d'imagerie autour du patient. En effet, si un patient sur deux bénéficie d'un examen d'imagerie dans son parcours de soins, l'évolution en hausse des indications d'imagerie et l'insuffisance des moyens humains et matériels nécessitent des réponses adaptées. Des mesures d'adaptation deviennent indispensables.



La FNMR s'est donc investit dans le projet professionnel commun (PPC) qui permet de regrouper l'offre d'imagerie, publique et privée, autour du patient sur la base d'un projet médical, dans un territoire donné.

La FNMR entend, de même, promouvoir la téléimagerie et a activement participé à la rédaction d'une charte de la téléradiologie et d'un protocole de convention entre les acteurs.

Pour ces deux projets, les professionnels restent dans l'attente d'un texte favorisant la mise en œuvre du PPC et de la création d'une tarification pour l'acte de téléimagerie permettant de participer au fonctionnement de la téléimagerie. ■



Les dépenses de l'assurance maladie : janvier 2013

L'année 2013 s'ouvre avec un taux de croissance de l'ONDAM de 1,9% contre 2,5% et 2,8 pour les deux derniers mois de l'année 2012.

Les évolutions enregistrées par les différents agrégats sont contradictoires. Les versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public, qui représentent une part importante de l'ensemble des dépenses, enregistrent un taux de croissance négatif (-3,6%). Les

autres agrégats, dont certains pèsent peu dans le total des dépenses, sont positifs.

Les dépenses d'imagerie évoluent différemment suivant la technique. Les dépenses d'imagerie hors échographie augmentent de 8,4% alors que celles d'échographie ne progressent que de 1,2%.

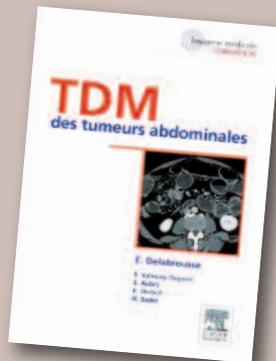
Les évolutions de forfaits techniques sont très modérées avec 2,4% pour l'IRM et 0,3% pour le scanner. ■

Dépenses de l'assurance maladie - janvier 2013 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	En euros	En %
Consultations	539 802	4,4%
Visites	74 579	2,5%
Actes Techniques (*)	534 845	2,5%
Dont actes d'échographies	91 205	1,2%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	175 287	8,4%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	68 720	4,2%
Dont scanner	27 266	0,3%
Dont IRM	34 992	2,4%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	1 486 326	2,7%
Total prescriptions	4 028 884	4,7%
Total soins de ville	5 515 220	4,2%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	5 017 242	-3,6%
Total versements aux établissements sanitaires privés	916 481	7,4%
Total prestations médico-sociales	1 320 339	7,9%
Total statistique mensuelle des dépenses	13 823 828	1,9%

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

TDM des tumeurs abdominales



Eric DELABROUSSE

Éditions ELSEVIER MASSON

62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Ouvrage complet, axé sur une partie importante de l'activité générale des médecins radiologues : les tumeurs abdominales en scanner.

Après un rappel nécessaire des classifications histologiques et une mise au point de la technique à utiliser, ce livre, une fois exposée la présentation indispensable de la radio anatomie, aborde l'étude des tumeurs abdominales en fonction des organes et ce sans omettre le système digestif dans son ensemble.

Chaque chapitre est divisé en résumé rapide du contexte clinique, du diagnostic différentiel et de la prise en charge. L'iconographie est de bonne qualité.

Cet ouvrage marquant par son intérêt est à recommander.

Docteur Jacques NINEY

Assurance responsabilité professionnelle pour les salariés

Plusieurs cabinets d'imagerie médicale ont été sollicités par des sociétés d'assurance qui les ont invités à prendre une assurance responsabilité professionnelle pour leurs salariés qui serait, selon ces assureurs, obligatoire.

La FNMR a consulté son avocat qui rappelle la règle de droit commune de la responsabilité de l'employeur en particulier à l'égard des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Les manipulateurs assistent le médecin radiologue. Ils assurent généralement le fonctionnement des appareils de radiologie et exercent nécessairement dans les établissements de radiologie. **Les fautes qu'ils peuvent commettre engagent**

donc la responsabilité de leur employeur. De plus, l'employeur peut accroître sa responsabilité s'il a laissé exécuter par un manipulateur seul des actes qui devraient être effectués sous surveillance médicale.

Ainsi, il convient que les médecins radiologues soient assurés pour les faits de leurs employés et notamment ceux des manipulateurs d'électroradiologie qu'ils emploient.

A priori, toute assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) doit couvrir ce risque. Il peut, néanmoins, être utile de vérifier ce point auprès de votre assureur. ■



LOIRE

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

Président :	Dr Gilles GERVESY (Roanne)
Premier Vice-Président :	Dr Daniel BERT (Firminy)
Deuxième Vice-Président :	Dr Romain MALEZIEUX (Saint-Priest-en-Jarez)
Secrétaire général :	Dr Laurent MANET (Firminy)
Trésorier :	Dr Frédéric VENIAT (Roanne)

MARNE

Suite aux élections du syndicat de la Marne du 20 juin 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Nicolas HENON (Reims)
Vice-Président :	Dr Jean-Louis JABINET (Reims)
Secrétaire :	Dr Jérôme ROUGER (Tinquieux)
Trésorier :	Dr Vincent ROMAIN (Chalons en champagne)

VAL D'OISE

Suite aux élections du syndicat du Val d'Oise du 21 mars 2013, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Robert LAVAYSSIERE (Sarcelles)
Vice-Président :	Dr Alexandre FUCHS (Osny)
Secrétaire :	Dr Dominique NGUYEN THE THOM (Deuil La Barre)
Trésorier :	Dr Evelyne DUPARLOIR (Bezons)

UNION REGIONALE CHAMPAGNE ARDENNES

L'Union régionale de Champagne Ardennes a procédé au renouvellement de son Bureau le 21 novembre 2012, sa composition est la suivante :

Président :	Dr Jean-Charles LECLERC (St Dizier-52)
Vice-Président :	Dr Nicolas HENON (Reims-51)
Trésorier :	Dr Vincent ROMAIN (Chalons en Champagne-51)



A procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR :

Titulaires :	Dr Jean-Charles LECLERC (St Dizier-52)
	Dr Nicolas HENON (Reims-51)
Suppléants :	Dr Jean-Marc SOULARD (St Dizier-52)
	Dr Jean-Louis JABINET (Reims-51)

UNION REGIONALE ILE-DE-FRANCE

➔ Modification des administrateurs d'Ile-de-France suite au conseil d'administration du 10 avril 2013 :

Administrateur titulaire : **Dr Laurent LACROSNIERE** (Chaville-92)
 Suppléant : **Dr Didier CHAUVEL** (Boulogne Billancourt-92)

UNION REGIONALE RHONE-ALPES

L'Union régionale de Rhône-Alpes a procédé au renouvellement de son Bureau le 18 mars 2013, sa composition est la suivante :

Président : **Dr Alain FRANCOIS** (Sainte Colombe Les Vienne-69)
 1^{er} Vice-Président : **Dr Philippe COQUEL** (Cluses - 74)
 2^{ème} Vice-Président : **Dr Pascale FOUQUE** (Meximieux - 01)
 Secrétaire général : **Dr Eric MOVET** (Poncharra - 38)
 Secrétaire adjoint : **Dr Eric TEIL** (Challes Les Eaux - 73)
 Trésorier : **Dr François CALLET** (Givors - 69)



L'Union régionale de Rhône-Alpes a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 18 mars 2013

Titulaires : **Dr Philippe COQUEL** (Cluses - 74)
Dr Alain FRANCOIS (Sainte Colombe Les Vienne - 69)
Dr Gilles GERVESY (Roanne - 42)
Dr Guillaume LOUIS (Oyonnax - 01)
Dr Olivier MARLOIS (Pierrelatte - 26)
Dr Eric MOVET (Pontcharra - 38)
Dr Eric TEIL (Challes les Eaux - 73)

Suppléants : **Dr Albert Jean BARAZA** (Rillieux la Pape - 69)
Dr Pascale FOUQUE (Meximieux - 01)
Dr Christophe GAILLARD-COADON (Aix les Bains - 73)
Dr Rémy LECLERCQ (Guilherand Granges - 07)
Dr Romain MALEZIEUX (St Priest en Jarez - 42)
Dr Jean-Luc MONTAZEL (Annecy - 74)
Dr Bernard MOULIN (Tournon sur Rhône - 07)
Dr Yves RANCHOUPE (Grenoble -38)



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10237 06 Cause santé cède parts dans un important groupe, **centre ville Côte d'Azur**. Multiples accès SCAN et IRM.
 > Email : azur.0606@live.fr

10238 06 Alpes Maritimes, cause retraite, cède parts (partiel ou total) dans SCM, 6 radiol., 3 sites, 1 clinique. Plateau technique complet, scan. et IRM.
 > Tél. : 06.10.85.77.95.

10239 14 Urgent, cause arrêt maladie, recherc. un radiol. assoc., temps plein ou temps partiel, **CIM de Lisieux**, SELARL, 5 radiol. assoc. et un angiologue. Labellisé, radiol. numérisée, CIM de la femme, scanner dans le cab., écho., doppler, clinique sans garde, astreintes très légères, IRM et prochain. autoris. 2^{ème} IRM. Possibilité de remplacement au préalable.
 > Tél. : 06.15.43.56.69.
 Email : francois.chavatte@imagerielisieux.fr

10240 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.

10241 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., accès scanner et IRM, cause retraite volontaire, recherc. successeur.
 > Envoyer cv par mail : cab.pessac@wanadoo.fr
 Tél. : 05.57.26.27.01.

10242 35 Rennes, SELARL 25 assoc., 3 sites cliniques, 5 cab., TDM, IRM, cherche assoc.
 > Tél. : 02.23.25.67.33.
 Email : hlefeuvre@scm-gcn.net

10243 38 Banlieue Grenoble, cause retraite, cède parts cab. 2 assoc. Centre Saint Egrève, radiol. Numér., écho., mammo. orthopantomographie, ostéodensitométrie, accès scan., IRM, aucune garde ou astreinte.
 > Tél. : 07.07.37.70.31.
 Email : philippe.degryse@wanadoo.fr

10244 38 Nord Isère à 35 mn de Lyon-Chambéry-Grenoble, SELARL 4 radiol. recherc. assoc., cause départ cède parts. Plateau technique neuf.
 > Contact : Dr OMAR 06.77.05.26.09. ou Dr Georges 06.52.46.20.41.
 Email : aomar1961@gmail.com

10245 47 Proche Bordeaux, cède cab. radiol., accès scan. et IRM, plateau technique complet. Locaux spacieux, avec parking. Possibilité logement et

d'acquérir les locaux, convient à 2 radiol.
 > Tél. : 06.64.63.78.78.

10246 74 Annemasse, SELARL, 10 radiol. recherc. assoc. ACCA (secteur II), activité 2 cab., 1 clinique MCO en cours d'ouverture. Scan. sur site, large accès IRM, centre sénol.
 > Contact : Dr Pascal BERGER
 Tél. : 06.84.62.52.95.

10247 75 Paris intra-muros, vente cab. URGENT, recherc., radiol. secteur II.
 > Tél. : 01.46.47.42.20/
 06.87.88.68.34.

10248 76 Rouen et banlieue nord, cause retraite, cède parts, groupe 9 radiol., 2 clin., scan., IRM, 4 cab. et 2 scan. partagés. Equip. récent avec capteurs plans, conebeam, mammo. num. plein champ. Activité ostéo-articulaire, thorac., sénol. et interventionnelle non vasculaire.
 > Email : michel.rogler@laposte.net

10249 78 Versailles centre, cause retraite, cède part dans groupe de 3 radiol. Sect II, radio., écho., scan., IRM (GIE).
 > Contact : Dr TREMON
 Tél. : 01.39.50.52.50 ou 01.39.50.74.95
 Email : alaintremon@orange.fr

RECHERCHE

10250 76 Radiologue ACCA, ostéo-articulaire, diagnostic et interventionnel, RX, TDM, IRM, recherc. structure en régions PACA, Rhône-Alpes.
 > Email : geni4ma@gmail.com

REPLACEMENTS

10251 13 La Ciotat - St Cyr-sur-Mer (13-83), groupe 3 radiol. en SELARL recherc. remplaçant en vue d'une prochaine intégration. Accès scanner et IRM. Compétence en imagerie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle souhaitée.
 > Tél. : 04.94.32.31.35. Mme BOSELLI ou
 Email : cimgolfe@free.fr

10252 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radio., 2 cab. RX, echo., doppler, seno., recherc. radiol. pour remplacements du 1^{er} au 6/07/13 et du 21 au 31/08/13.
 > Envoyer cv par mail : cab.pessac@wanadoo.fr
 Tél. : 05.57.26.27.01.

10253 33 CUB Bordelaise, SELARL 4 radiol. recherc. remplaçant régulier mi temps en vue d'une asso. : développer activité

radiol., sénol. obstétrique, ostéoarticulaire, doppler (3 échographes), pas d'astreinte.
 > Email : patrickduperron@yahoo.fr

10254 56 Groupe imag. médic. **golfe du Morbihan**, 14 assoc., activité clin., TDM, IRM, mammo. num., cab. de ville, recherc. remplaçant en vue association, installation 2^{ème} TDM et 2^{ème} IRM en cours.
 > Tél. : 02.97.62.57.21.
 Email : b.bodolec@riva56.fr

10255 60 Urgent, SELARL, Imag. Méd. multi disciplinaire complète libér. 45 kms de Paris, recherc. radiol. remplac. longue durée, en vue d'une asso., si possible ACCA.
 > Dépôt candidatures à : secretariat.dir@gmail.com
 ou Tél. : 06.31.40.98.40.

DIVERS

10256 06 A vendre, cause transfert d'un cab. sur une clinique : OSTEODENSITOMETRE GE, année 2009, environ 150 examens/an sous contrat d'entretien GE. Modèle PRODIGY PRIMO (Lunar). Prix : reprise du leasing existant.
 > Tél. : 04.97.03.22.60
 Email : ph.sebag@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 2^{ème} trimestre 2013

PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

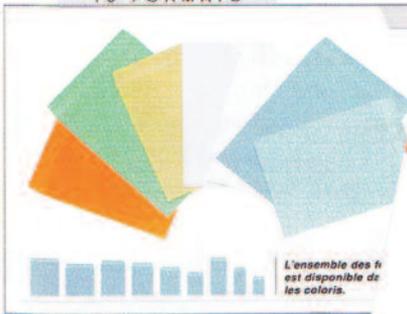
BP13 - 42153 Riorges

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

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS



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
22,8cm x 32,4cm	37cm x 40cm
24cm x 31cm	37cm x 45cm

L'ensemble des formats est disponible de nos coloris.

Chemises

SANS RABATS



Descriptif

Formats standards
20cm x 25cm
24cm x 31cm

AVEC RABATS



Descriptif

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 28cm
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

SPECIALS PORTES CD

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs
• Impression personnalisée 1, 2 ou 3 couleurs à votre choix (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

- > 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...

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



IMMO PRESTIGE

POUR VOUS RADIOLOGUE, LE CMPS SÉLECTIONNE IMMO PRESTIGE,

L'EXPERTISE AU SERVICE
DE VOTRE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE

Chaque patrimoine est unique. Il nécessite une approche personnalisée avec une gestion performante et défiscalisante, en particulier pour votre investissement immobilier. Banque mutualiste d'envergure internationale, le Crédit Mutuel s'engage à bâtir avec vous une stratégie patrimoniale de qualité, en s'appuyant sur le savoir-faire et la proximité du Crédit Mutuel Professions de Santé, son réseau bancaire dédié aux professionnels de la santé.



Crédit  Mutuel
Professions de Santé

Crédit Mutuel des Professions de Santé Paris
10, rue de Caumartin 75009 Paris
Tél. : 01 56 75 64 30 - Courriel : 06120@creditmutuel.fr

Retrouvez toutes les coordonnées CMPS sur le site www.cmps.creditmutuel.fr