

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Encore un effort !



La contestation du projet de loi de santé entre dans sa dernière ligne droite.

A l'heure où nous mettons sous presse, le calendrier législatif prévu est maintenu.

Qu'en sera-t-il après les élections départementales ? Nul ne le sait et des rumeurs de toutes sortes courent dans les « milieux autorisés ».

Quoiqu'il en soit, au cours de ces dernières semaines, les médecins radiologues libéraux ont montré leur unité, leur détermination et leur engagement contre un projet qui remet en cause la médecine libérale et menace directement l'imagerie médicale.

La grève reconductible de la Permanence Des Soins (PDS) a montré, par les réquisitions continues, la place indispensable et essentielle que nous occupons et que nous revendiquons depuis longtemps. Il reste maintenant à « transformer l'essai » et à obtenir une reconnaissance financière par des lignes d'astreintes données par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ne le font pas encore.

Dans cette lettre, vous trouverez une analyse sur la participation au dépistage organisé du cancer du sein réalisée par l'étude des données Senolog. C'est encore une preuve de l'attitude responsable de notre profession qui montre ainsi sa capacité à participer pleinement aux enjeux de santé publique.

Le débat parlementaire va donc s'engager très prochainement sur le projet de loi de santé. Nous devons maintenir notre opposition à ce texte par tous les moyens déjà entrepris.

Il faut donc plus que jamais maintenir la pression sur les élus qui y participeront, députés et sénateurs. Vous avez les armes pour le faire : servez vous en !

Le combat est juste !
Bon courage !

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

■ FNMR Conseil d'administration janvier 2015	02	■ Statistiques : dépenses assurance maladie : Nov 2014 ...	18
■ Annonce légale	10	■ CERF : Election du Bureau	19
■ La recherche d'un associé : vous avez dit "ressources humaines" ?	12	■ Petites annonces	20
■ Senolog : Evaluation du taux réel de couverture du dépistage du cancer du sein	14	■ Annonceurs :	
■ Vie fédérale	17	BRACCO	11
■ Hommage	17	PMFR	19
		REPLACEMENTS-RADIOLOGIE.COM	09



La mobilisation contre le projet de loi de santé



M. Nicolas Forissier

Le Conseil d'administration du 31 janvier a été précédé par une matinée de formation des administrateurs de la FNMR consacrée à la « Communication au niveau local » avec la participation de Nicolas Forissier, ancien ministre et ancien député de l'Indre, maire de La Châtre et Maud Lelièvre, déléguée générale de l'association les Eco Maires, conseillère municipale de Saint Denis. Les orateurs ont notamment précisé comment interpellier les élus pour transmettre les messages de la profession. Les participants étaient particulièrement attentifs d'autant que cette formation a été faite dans le contexte tendu du projet de loi de santé publique.



Mme Maud Lelièvre

Communication au niveau local

Les interlocuteurs, qui sont-ils ? Comprendre le fonctionnement de la politique locale

- Quelles sont les spécificités de la prise de décision à l'échelle territoriale ?
- Typologie des interlocuteurs : apprendre à identifier les interlocuteurs pertinents en fonction des différents niveaux de décision (local, départemental, régional, administratif, etc.)
- Quelles sont les attentes des élus vis-à-vis des acteurs locaux ?

Nicolas Forissier, ancien ministre, ancien député de l'Indre et maire de La Châtre

Méthodes et outils de communication au niveau local

- Comment solliciter, préparer un rendez-vous avec un élu ?
 - Le choix du moment (peser sur le processus de décision, la situation de crise, ...).
 - Comment adapter son discours en fonction des différents types de prise de parole.
- Atelier :** Mise en situation / échange entre un responsable régional et un élu local.

Maud Lelièvre, déléguée générale de l'association Les Eco Maires, Conseillère municipale de Saint-Denis

Relations Presse

- Rédaction d'un communiqué de presse.
- Organisation d'une conférence de presse.
- Quelle stratégie adopter avec la presse locale ?

Sylvie Fontlupt, consultante en communication

Jean-Philippe Masson, président de la FNMR ouvre le Conseil d'administration du mois de janvier en rappelant le début tragique de l'année.

Contre le projet de loi de santé

Le Conseil doit se prononcer sur les suites à donner au projet de loi de santé publique.

Le président rappelle que l'opposition au projet a réuni toutes les composantes médicales, des syndicats médicaux au Conseil de l'Ordre en passant par l'Académie de médecine.

La FNMR s'est associé, dès le début, au mouvement qui s'est traduit par la grève du 24 au 31 décembre. Seule la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) s'est dissociée en annonçant une grève illimitée à partir du 5 janvier. Par la suite, elle a levé son mot d'ordre, estimant que les discussions qu'elle avait eues avec la ministre de la santé lui permettaient de corriger certains points du projet de loi.

Le mouvement de grève des médecins a, lui, été bien suivi. Pour les médecins radiologues, la participation au mouvement a été de 60 à 100% selon les régions.



Dr Jean-Philippe Masson

La grève de la permanence des soins, initiée par la Fédération, a aussi été très suivie. Elle a conduit les autorités à réquisitionner les médecins radiologues ce qui permet de montrer que leur présence est indispensable dans la permanence des soins. Elle doit donc être rémunérée comme pour les autres spécialités.

En parallèle à ce mouvement, la Fédération Hospitalière de France (FHF) s'est livrée à une analyse du projet de loi qui est à l'opposé de l'idée que nous avons de la place de la radiologie dans le système de soins, à savoir une coopération entre les secteurs public et privé afin d'assurer une offre radiologique de qualité sur tout le territoire. La FHF, au contraire, se félicite de la place prépondérante donnée à l'hôpital dans le projet de loi ainsi que de l'annonce des délégations de tâches, qui peuvent concerner les manipulateurs, mais, pour la FHF, aussi les cardiologues !

Une concertation en trompe-l'œil

Quoiqu'il en soit, après le mouvement de décembre, Marisol Touraine, ministre de la santé, a fait savoir qu'elle considérait que la grève n'avait eu aucune conséquence et n'avait pas affecté les services d'urgence. C'est évidemment faux. Ces déclarations n'ont fait que renforcer la détermination des médecins qui ont relancé leur mouvement.

Devant l'opposition montante, le ministre a instauré quatre groupes de travail censés permettre "d'améliorer" le projet. Le premier concerne les liens entre médecins spécialistes et le service public hospitalier. Bruno Silberman, Premier Vice-Président de la FNMR en fait partie.

Un deuxième groupe est constitué pour l'organisation des soins de proximité dans les territoires dont Dominique Maseys est membre. Un groupe porte sur les compétences et les pratiques. Enfin, le dernier, auquel participe Jean-Philippe Masson, doit réfléchir sur la médecine spécialisée libérale.

Les groupes de travail sont censés réécrire ou proposer des modifications sur une trentaine d'articles du projet dans un délai de quinze jours, ce qui n'est pas possible.

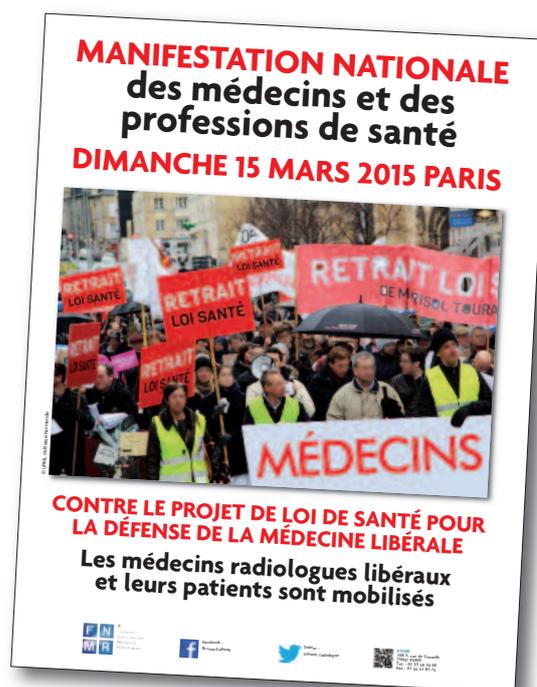
Après l'absence totale de concertation avec les médecins pendant la préparation du projet de loi, cette concertation "à marche forcée" interroge sur la bonne foi du gouvernement.

Le mouvement se poursuit donc avec plusieurs actions de communication comme le lancement d'une pétition ouverte aux patients pour la défense de la médecine et de la radiologie libérale. Le président de la FNMR invite aussi les radiologues à saisir leurs élus, par écrit, des motifs qui les guident dans cette opposition au projet. La FNMR a engagé d'autres actions avec, par exemple, la diffusion d'un message sur canal 33, une présence active sur Facebook et Twitter.

Par ailleurs, la FNMR appelle à poursuivre la grève de la PDS les week-ends.

Manifestation le 15 mars

Les internes se sont joints au mouvement et ont décidé d'organiser une manifestation le 15 mars à Paris. Tous les syndicats ont annoncé leur participation. Il s'agira donc d'une manifestation unitaire de l'ensemble des professions de santé.



Avec l'aide de Sylvie Fonlupt, le groupe de communication de la FNMR a fait une présentation d'informations qui sera mis en ligne sur Canal 33, la chaîne diffusée dans les salles d'attente, sur YouTube, sur la page Facebook et Twitter de la FNMR.

Bruno Silberman fait le point de la mobilisation intersyndicale. Depuis la mobilisation initiale, tous syndicats confondus, déclenchée par les généralistes pour un problème tarifaire, les médecins sont passés de la perception d'une loi antilibérale à une compréhension de l'enjeu de la loi de plus en plus importante, mais qui n'est pas encore totale.



Dr Bruno Silberman

La mise en place des groupes de travail pourrait apporter quelques ouvertures sur le service territorial de santé et sur la médecine spécialisée et le premier recours. En revanche, pour les deux autres groupes, la question est plus complexe. La question de l'hospitalisation, avec la définition du service



hospitalier public, nécessite de répondre à la totalité de certaines conditions. Il faut assurer l'accueil d'urgence, la prise en charge de tous les patients démunis, les soins palliatifs. L'accessibilité financière doit être garantie.

Pour ceux qui ne seront pas intégrés dans la priorité du service hospitalier public, il y aura un risque réel de voir les autorisations d'attribution être déviées de leur origine initiale. La définition du service hospitalier public est fondamentale pour que l'exercice en plateau technique privé ne soit pas réorienté vers le « tout public ».

La FHP a obtenu que les 150 établissements ayant aujourd'hui un service privé d'accueil des urgences aient un statut d'associés, qui ne les obligeait pas à respecter l'ensemble des obligations du service hospitalier public, en particulier celle de ne faire aucun complément d'honoraires. Le groupe de travail n'a pas pour mission, en l'état, de négocier une modification de cette définition.

Le deuxième sujet concerne le tiers payant généralisé, défendu par Marisol Touraine. Il est essentiellement politique. Tous les syndicats sont d'accord pour dire qu'il n'est pas possible de modifier cette loi en quinze jours et vont demander un report de son examen ou son annulation. En l'état de la situation, avec la manifestation annoncée du 15 mars et les élections départementales, deux possibilités s'offrent au Gouvernement; faire adopter la loi en force par le Parlement, soit reporter son examen et éventuellement changer de ministre.

Laurent Verzaux, Vice-Président de la Fédération, regrette que la communication des syndicats médicaux représentatifs s'exprime en ordre dispersé. Le projet de loi repose sur le principe de l'étatisation de la santé alors que l'Etat est incapable d'être un bon opérateur de santé. L'unité des médecins et des jeunes internes, qui voient leur avenir menacé, a été réalisée. Mais l'efficacité de l'action suppose la coordination des messages.

Un intervenant souligne que, dans sa région, de plus en plus de médecins spécialistes réalisent les conséquences du

projet de loi sur l'exercice quotidien de leur spécialité. Il suggère que les Unions régionales des Professionnelles de Santé (URPS) soient utilisées pour diffuser de l'information.

Jean-Philippe Masson insiste sur l'importance que chaque radiologue saisisse ses élus, leur écrivent, sollicite des rendez-vous pour leur expliquer les conséquences de la mise en œuvre du projet de loi, tel qu'il est, dans leur territoire. Outre les différentes actions conduites par la FNMR, il appelle aussi les radiologues à se joindre aux actions locales organisées par les syndicats représentatifs. Eric Chavigny, Vice-Président de la Fédération, souligne l'intérêt de sensibiliser l'opinion publique à ce projet de loi dans la mesure où son application affectera directement tous les patients en particulier avec des retards de prise en charge en raison de l'orientation totale vers l'hôpital. Le tiers-payant est, lui, un moyen de masquer les modalités réelles de financement entre la sécurité sociale et les complémentaires avec la perspective d'un basculement du paiement des soins vers ces dernières. De ce fait, une hausse des cotisations, entreprises et salariés, est à craindre. Les plafonnements des garanties des contrats entreprises conduiront à l'émergence de sur-complémentaires et donc de surcoûts. Un autre risque est celui de la centralisation du dossier médical par les caisses d'assurance maladie. Les données médicales pourraient être ouvertes à tous les payeurs, c'est à dire aux assurances complémentaires signant ainsi la fin du secret médical.

En conclusion de ce débat, Jean-Philippe Masson renouvelle son invitation à tous les radiologues à participer tant aux actions de la FNMR qu'à celles qui sont organisées localement par les centrales syndicales représentatives.

Elections à la SFR

La Société Française de Radiologie (SFR) a renouvelé son Bureau. La FNMR a proposé que le bureau soit composé paritairement entre les radiologues hospitaliers et libéraux ce qui a été retenu. Ainsi, neuf radiologues de la FNMR ont été élus au bureau de la SFR. Trois radiologues libéraux ont, eux, été élus au Conseil de surveillance de la SFR ¹.

Classification des scanners

Au cours du mois de décembre, la FNMR a rencontré le directeur de l'offre des soins de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Une des questions abordées lors de cette rencontre a été la classification des nouveaux scanners. Le directeur a indiqué qu'une solution devrait être trouvée prochainement permettant d'inscrire en classe 3 les machines de ce type par une mise à jour des listes. Ainsi, un scanner classe 3, inscrit en classe 2 serait rebasculé en classe

¹ La liste des élus a été publiée dans notre numéro 377 du mois de février 2015

3 cependant sans rétroactivité, conformément à la législation. Ultérieurement, un travail sur la définition des classes pourrait être engagé.

Groupe FNMR "échographie"

Le président informe le conseil que le bureau de la FNMR a décidé de la création d'un groupe de travail "échographie" qui élaborera, notamment, la réflexion de la Fédération sur la "frontière" entre les radiologues et les urgentistes. Cette réflexion sera ensuite soumise à la SFR.

Le groupe devra aussi travailler sur le contrôle

qualité des appareils d'échographie et, en particulier, pour l'échographie obstétricale du premier trimestre.

Le groupe sera animé par Philippe Coquel.

En matière d'urgence, Laurent Verzaux souligne l'intérêt du groupe "urgence" au sein de la SFR qui permet de discuter avec les urgentistes pour déterminer les examens qui leurs sont essentiels dans le cadre de la permanence des soins.

Par ailleurs, il est à noter que des généralistes s'engagent aussi dans l'échographie. Il est indispensable que les médecins radiologues affirment leurs compétences dans ce domaine avec des équipements dont ils ont la propriété et dont la qualité sera garantie.

Téléradiologie

Jean-Philippe Masson met en garde contre des sociétés qui font appel aux remplaçants, notamment en téléradiologie. C'est une dérive de la téléradiologie, opposée aux règles définies par la Charte de la téléradiologie, que le FNMR ne peut pas accepter.

Enquête FNMR imagerie en coupe

Le président rappelle ensuite toute l'importance de l'enquête sur l'imagerie en coupe lancée par la FNMR. En effet, il n'existe pas de base de données complètes sur les équipements en France. Même le nombre de machines n'est pas connu avec précision sans parler de leur structure juridique, de la répartition entre secteurs public et libéral ou de leur santé financière. Sur ce dernier point, les informations qui sont remontées par plusieurs groupes montrent la situation extrêmement difficile de nombreux centres, en particulier en scanner. Mais ces informations partielles doivent être complétées par une étude plus exhaustive.

Trésorerie



Dr Dominique Masseys

Il appartient à Dominique Masseys, Trésorier de la Fédération, de faire le point sur les questions financières. Il rappelle que lors du dernier Conseil, il avait exprimé quelques inquiétudes concernant les rentrées de cotisations. Un courrier a été adressé aux trésoriers qui ont permis d'inverser la tendance. Dominique

Masseys les remercie pour le travail efficace qu'ils ont accompli et qui se traduit par une hausse des cotisations par rapport à l'an passé.

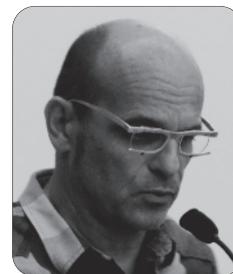
En dépit de départs à la retraite, le nombre de cotisants augmente. C'est un signe de vitalité pour la profession et pour la Fédération.

Les comptes définitifs pour 2014 seront présentés au Conseil de mars et votés en Assemblée générale en juin.

Le trésorier rappelle qu'une hausse des cotisations de 10 euros a été votée par l'Assemblée générale de juin dernier faisant passer la cotisation annuelle de base de 420 à 430 euros.

L'accessibilité

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, expose la question de l'accessibilité alors que le calendrier s'accélère. Les différentes dates d'échéances ont été modifiées à plusieurs reprises par les tutelles. Certaines sont passées à l'heure où nous mettons sous presse.



Dr Jean-Christophe Delesalle

40 % de la population française se déclare en situation de handicap dans un de ses gestes de la vie quotidienne, 13,5 % de la population française souffre de déficiences motrices, 1,5 million de personnes sont malvoyantes, 6 millions de personnes sont malentendantes.

La loi concerne tous les types de handicaps que l'on peut schématiquement scinder en 4 types : moteur ou physique, visuel, auditif et mental.

Les radiologues libéraux sont concernés car les locaux des professionnels de santé sont pour une grande majorité d'entre eux des Etablissements Recevant du Public (ERP) classés en 5ème catégorie de type PU (Petits Etablissement de soins recevant moins 100 personnes en même temps). L'obligation d'être aux normes est fixée au **1^{er} janvier 2015 par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005**. Suite à cette loi, de nombreux arrêtés (1^{er} août 2006, 21 mars 2007, 9 mai 2007, 11 septembre 2007), des circulaires interministérielles (20 avril 2009, du 3 janvier 2013) ont été publiés.

Tout s'est précipité au dernier semestre 2014, avec la loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 autorisant le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance, ordonnance publiée le 26 septembre 2014 suivie de deux décrets d'application le 5 novembre et de deux arrêtés les 8 et 15 décembre 2014.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2015, les ERP classés en 5^{ème} catégorie doivent respecter les prescriptions techniques d'accessibilité applicables aux bâtiments neufs, dans au moins une partie de l'établissement. Toutes les prestations de l'établissement doivent pouvoir être délivrées dans cette partie accessible qui doit être la plus proche possible de l'entrée (ou de l'une des entrées) principale(s) de l'établissement et qui doit être desservie par un cheminement usuel. Tout est concerné : le stationnement, les accès autour du bâtiment, les entrées, les sorties, le cheminement extérieur ou intérieur (horizontal, vertical avec les ascenseurs et oblique avec les escaliers), l'accueil, la salle d'attente, les salles de soins, les revêtements des sols, murs et plafonds avec des contrastes de couleurs à respecter, les équipements et dispositifs de commandes comme les appels d'urgence, les portes, portiques et sas, les sanitaires, l'éclairage, la signalétique, etc.

Il existe aussi des dispositions spécifiques à certains ERP, qui concernent les radiologues notamment pour les cabines de déshabillage.

Dans le dernier arrêté du 8 décembre, les conditions concernant l'accueil des chiens guides et des chiens d'assistance n'ont pas été reprises. Un oubli que le législateur pourrait corriger car elles étaient initialement prévues ...

Pour savoir si votre établissement est concerné, il faut d'abord connaître sa date de construction.

Si votre ERP a été construit (ou en cas de changement de « destination » au sens architectural du terme) **avant le 1^{er} janvier 2007**, vous êtes directement concernés par cette loi. Il faudra donc établir un **diagnostic d'accessibilité** de l'ERP. Vous pouvez bien sûr vous adresser à un expert immobilier de votre choix, mais sachez que l'UNAPL a signé une convention de modération de tarifs avec une association d'experts, ADIA Experts.

Si votre ERP a été construit (ou a changé de « destination ») ou si vous avez effectué une « transformation » d'un local existant pour y implanter votre cabinet radiologique, après le 1^{er} janvier 2007, vous êtes censés être déjà aux normes.

Si votre établissement est aux normes au 31 décembre 2014

(ERP construit ou transformé après le 1^{er} Janvier 2007 ou diagnostic d'accessibilité positif pour les ERP construits avant le 1^{er} janvier 2007), vous devez vous contenter de faire une **déclaration sur l'honneur de conformité** de l'ERP, qui va valoir « attestation d'accessibilité » pour les ERP de 5^{ème} catégorie, ce qui constitue une dérogation pour ce type d'établissement. Il faut l'adresser avant le 1^{er} mars 2015 au Préfet du département de l'ERP (ou du siège social de l'entreprise si vous avez plusieurs ERP), en lettre Recommandée avec Accusé de Réception, avec une copie à la commission d'accessibilité de la commune pour les communes de plus de 5000 habitants. Cette déclaration devra préciser les coordonnées de l'exploitant, l'adresse, le numéro de SIRET/SIREN, et la catégorie de l'ERP.

Si votre ERP n'est pas aux normes au 31 décembre 2014 mais que vous avez finalisé les travaux avant le 1^{er} mars, il est recommandé d'établir une attestation de fin de travaux (voir infra), à joindre à votre déclaration de conformité de l'ERP.

Si vos travaux ne sont pas finis avant le 1^{er} mars 2015, vous devrez déposer avant le 27 septembre 2015, une demande d'approbation d'un **Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'Ap)**.

En théorie, une lettre d'engagement aurait dû être envoyée avant le 31/12/2014 en Recommandé avec Accusé de Réception au préfet (avec copie au maire dans les communes de plus de 5000 habitants) en indiquant que vous n'êtes pas aux normes mais que vous vous engagez à déposer un Ad'Ap avant le 27 septembre 2015.

Si vos travaux sont finalisés avant le 27 septembre 2015, vous ferez établir une attestation de mise en conformité (voir infra attestation d'achèvement des travaux) à transmettre au préfet (voire au maire pour les communes de plus

de 5000 habitants), ce qui vaudra équivalent d'approbation d'Ad'Ap

Si vous savez que ces travaux vont dépasser la date du 27 septembre 2015 ou ne seront pas engagés à cette échéance, cette demande d'approbation Ad'Ap doit être envoyée avant cette date au Préfet du département de l'ERP et à la Commission d'accessibilité de la commune (si plus de 5 000 habitants), en lettre Recommandée avec AR.

Si vous pensez que votre ERP va être fermé pour des raisons de restructuration ou autres avant le 27 septembre 2015, vous n'avez besoin ni d'attestation de conformité, ni d'Ad'Ap. Si vous avez plusieurs ERP, vous enverrez ces courriers à la préfecture et la mairie du siège social.



Que contient cet agenda ?

C'est un engagement de réalisation des travaux d'accessibilité dans un délai défini.

Il doit être établi par le propriétaire et/ou l'exploitant (en fonction des termes du bail).

Cet agenda est établi sur **3 ans maximum** à compter de sa date d'approbation donnée par le préfet. Il est possible de le proroger d'une 2^{ème} période de 3 ans soit 6 ans au total (voire exceptionnellement une 3^{ème} période soit 9 ans au total) en cas de difficultés techniques ou financières (ex. plusieurs ERP ; plusieurs communes etc.). Dans ce cas, il faudra faire une nouvelle demande.

L'Ad'Ap doit mentionner les coordonnées de l'exploitant, les travaux à engager, l'autorisation de construire (ou le dossier spécifique en cas de permis de construire), le planning d'exécution, l'estimation financière des coûts et sa répartition prévue sur le délai programmé et sur les différents ERP concernés s'il y en a plusieurs. Ces indications doivent être mentionnées sur des documents Cerfa récemment publiés (arrêté du 15 décembre 2014) : autorisation de construire pour un ou plusieurs ERP, dossier spécifique en cas de permis de construire, Ad'Ap pour les établissements aux normes avant le 27/09/2015. À chaque fois, les textes précisent le nombre d'exemplaires et les destinataires. Vous pouvez les retrouver sur le site : <http://www.service-public.fr>

La période d'instruction de la demande d'approbation d'Ad'Ap est de 4 mois à compter de la réception du dossier complet. S'il est incomplet, le préfet doit vous renvoyer une demande de complément sous un mois par lettre recommandée. Une fois le dossier complet, l'absence de réponse dans les 4 mois vaut approbation. Si la réponse est négative, elle doit être motivée, et vous disposerez d'un délai de réponse qui doit vous être précisé mais qui ne peut pas excéder 6 mois.

Il faut bien comprendre que c'est ce dépôt d'Ad'Ap avant le 27 septembre 2015 qui vous protège et suspend le risque pénal du fait de ne pas être aux normes au 1^{er} janvier 2015. Si vous ne le faites pas, vous êtes pénalement responsables (cf. infra).

En cas de dépôt tardif non justifié au-delà du 27 septembre 2015, une réduction consécutive du délai de réalisation des travaux prorata temporis sera appliquée, avec possible pénalité pouvant aller jusqu'à 5 000 €.

Une fois vos travaux terminés et votre ERP aux normes, il faudra établir une **attestation d'achèvement de travaux**. Pour les ERP de 5^{ème} catégorie par dérogation, si les travaux sont achevés avant le 27 septembre 2015, elle peut être établie par l'exploitant sous forme d'une déclaration sur l'honneur. Au-delà de cette date, cette attestation devra être établie par un tiers (architecte ou un contrôleur technique

agréé), accompagnée de pièces justificatives. Dans les deux cas, l'envoi doit se faire dans les deux mois qui suivent l'achèvement des travaux, par lettre Recommandée avec AR, au préfet (et au maire si plus de 5000 habitants).

En cas de fausse déclaration ou en l'absence d'attestation de fin de travaux, une pénalité pouvant aller jusqu'à 2 500 €, est prévue dans les derniers textes parus en 2014.

Les demandes de **dérogations** doivent être envoyées aussi **avant le 27 septembre 2015**. Trois motifs « exceptionnels » ont été retenus in fine par le législateur au fil des différents textes :

- l'impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment, ou à la préservation du patrimoine architectural,
- une décision de copropriété par AG, uniquement pour les immeubles à usage principal d'habitation (Ordonnance du 26 septembre 2014),
- la disproportion manifeste entre les améliorations, leurs conséquences et leurs coûts, notamment lorsque cela induit un impact critique sur la viabilité économique future de la société.

Les dérogations sont accordées par le Préfet à l'ERP, après avis conforme de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (CCDSA).

La dérogation n'est pas accordée au local ou au propriétaire, mais à l'établissement. Il faut s'en rappeler en cas de cession. Lorsque l'ERP assure une mission de service public dans ses locaux (ex. participation à la PDS d'une maison de santé, maison médicale de garde), cette demande de dérogation doit être accompagnée de mesures de substitution qui peuvent être de nature structurelle (ex. mise à disposition d'un service dans un lieu accessible), organisationnelle ou humaine (ex. aide par une personne pour une action spécifique).

Les risques encourus, si vous « faites l'autruche », sont, après un constat de carence, établis par les autorités :

- une sanction financière en cas de dépassement des délais ou de non réalisation de l'Ad'Ap, avec retenue d'une provision financière sur travaux non réalisés.
- une fermeture administrative,
- un délit pénal pour non-respect des règles de construction avec une amende maximale de 45 000 € et 6 mois d'emprisonnement,
- un délit pénal de discrimination en raison du handicap de la personne avec une amende maximale de 75 000 € et 5 ans d'emprisonnement.

Pour vous aider, tous ces éléments sont repris dans deux guides essentiels, le premier établi par le ministère de la santé mais antérieurement aux derniers textes de 2014, le second publié en octobre 2014 par l'UNAPL dans les suites de la dernière ordonnance (mais les deniers décrets et arrêtés sont postérieurs !). Vous pourrez trouver d'autres documents techniques sur les sites :

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/Obligations-et-Prescriptions,5835>
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-accessibilite-.html>
<http://accessibilite.gouv.fr/>,
ainsi qu'un outil d'analyse financière simplifiée sur le site
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/dossier%20dérogation%20économique%20accessibilité_121122c.x

En conclusion, ce sujet complexe peut être vécu comme contraignant, mais il faut surtout le concevoir comme légitime. Même au-delà de notre entourage, il suffit de voir comment dans certaines grandes villes des États-Unis, l'adaptabilité des structures aux personnes handicapées est largement supérieure à la nôtre.

Il aura fallu en France dix ans de maturation et de tractations depuis la loi initiale (2005) pour aboutir à cette réglementation qui est un modèle de complexité « à la française ».

En pratique, rappelons la nécessité d'abord de faire un diagnostic des travaux de mise aux normes, et de se faire aider en cela par des experts immobiliers, tout en évaluant les possibilités de dérogations, et en respectant impérativement les délais imposés.

Et surtout ne pas « faire l'autruche » vu les lourdes conséquences pénales à la clé.

Les contrôles et les sanctions viendront de l'État (suivi des Ad'Ap), possiblement orientés par des plaintes des associations. A ce propos, six associations d'handicapés ont déposé un recours en Conseil d'État notamment contre le délai accordé par la dernière ordonnance qu'elles trouvent trop long ...

La FNMR et les réseaux sociaux



Dr Eric Chavigny

Eric Chavigny rappelle que la FNMR est présente sur les réseaux sociaux, facebook, Twitter, depuis le mois d'octobre pour sensibiliser les adhérents mais aussi l'opinion publique.

Ces réseaux sociaux sont importants puisque près de 54 millions de Français sont internautes et 68% sont connectés aux réseaux sociaux.

Toutes les classes sociales y sont représentées. Facebook compte 26 millions d'utilisateurs et Twitter, 4,5 millions.

La logique de ces réseaux est de publier, partager des informations, discuter et réseauter.

Sur les réseaux sociaux, l'intérêt est que l'on n'a pas besoin d'être important, ni représentatif pour être écouté, les minorités ont la parole. Il faut être présent, publier et avoir de l'interaction avec les autres.

La présence sur les réseaux permet d'accroître la visibilité de la FNMR par une communication multicanal, par Internet et

le site Internet de la FNMR, par la Lettre mensuelle et les newsletters. Le but est de créer une relation de proximité. Cela permet de faire du "lobbying", en particulier avec Twitter car il y a beaucoup de leaders d'opinion présents. Aujourd'hui, la FNMR a 270 followers, dont une vingtaine de journalistes de la presse spécialisée ou générale. Les réseaux permettent aussi de recruter de nouveaux adhérents.

Comment être efficace sur Facebook ?

La première démarche est de s'inscrire, ensuite de trouver des amis avec le moteur de recherche, puis de publier et partager des contenus.

Ce n'est pas de la communication officielle, c'est plutôt fait pour publier des articles qui vont donner du sens à notre action. Vous pouvez aussi commenter des contenus de vos amis.

Il faut aussi liker (en appuyant sur le pouce en bas de la publication) les contenus de la FNMR, pour dire que vous aimez, et les partager sur votre journal.

Twitter est un réseau social où l'on publie des Twitts, qui sont des messages de 140 caractères maximum, auxquels on peut ajouter une photo ou un lien vers un article.

Ce réseau permet d'être informé.

On suit des personnes sur Twitter, qui publient du contenu, si ce contenu nous intéresse, on peut le re-twitter, en cliquant sur les flèches.

La FNMR est suivie sur la page Facebook de la FNMR par 1000 personnes. Tous les jours, des articles intéressants sont récupérés et republiés sur la page FNMR.

La FNMR a aussi engagé des partenariats avec Canal 33 et AG2R La Mondiale.

Canal 33 diffuse des programmes pour salle d'attente. La FNMR y diffuse des messages vidéos, l'un d'eux est une présentation contre la loi de santé qui sera disponible sur Youtube, Facebook, ... Canal 33 permet aussi de diffuser des messages propres au cabinet.

Dans un autre domaine, le partenariat avec **AG2r La Mondiale**, qui est une société de prévoyance, permettra aux médecins radiologues, qui seront contactés par AG2R, de bénéficier d'un audit de prévoyance personnelles.

La dématérialisation de la seconde lecture

Laurent Verzaux, Vice-Président de la Fédération, se félicite de la réactivité de la profession. Il rappelle qu'un groupe de travail avait été mis en place il y a deux ans par l'Institut National du Cancer (INCa), pour travailler à l'harmonisation



Dr Laurent Verzaux

de la fiche de première, puis de seconde lecture, afin qu'elles puissent être informatisées.

Ce travail achevé est resté inutilisé sans que l'on connaisse les raisons de cet arrêt.

Depuis plusieurs années, la profession demande à la Direction Générale de la Santé (DGS) de remettre en place les groupes de

travail de suivi du dépistage organisé.

En raison des besoins dans les territoires notamment là où la démographie fait cruellement défaut, la DGS a été sollicitée pour lancer des expérimentations de dématérialisation de la seconde lecture, plus ou moins orchestrées par différents lobbys, de constructeurs, d'éditeurs de logiciels ou de radiologues, qui espèrent ainsi peut être prendre des parts de marché.

La DGS a, l'année dernière, sollicité un groupe d'experts, qui a décidé qu'il fallait d'abord écrire un cahier des charges national pour qu'il y ait une bonne interopérabilité des systèmes.

En fin d'année 2014, la DGS, vraisemblablement encouragée par les ARS, s'est tournée vers l'INCa pour pouvoir lancer ces expérimentations début 2015. L'INCa a réagi en auditionnant un certain nombre d'acteurs. La SFR et la FNMR

ont été invitées en décembre 2014. Laurent Verzaux, en tant que président de structure de gestion, de la SFR et de la FNMR, s'est rendu à cette réunion, se retrouvant seul face à un jury, dont la composition était un peu biaisée, puisqu'il y avait des représentants de l'ASIP, de l'ARS, qui avait elle-même déposé des dossiers de demande de dérogations.

L'INCa envisageait de faire écrire un cahier des charges par l'ASIP. La profession a été très réactive en rédigeant un projet de cahier des charges, qui reste à finaliser.

Les organisations professionnelles, (FNMR, SFR, Société de Sénologie, SIFEM) parties prenantes de l'élaboration de ce cahier des charges, ont communiqué publiquement sur ce point.

Une rencontre avec l'INCa est prévue début mars. Elle devrait permettre de finaliser le cahier des charges national d'appel d'offres qui devrait être publié avant la fin mars. Les porteurs de projets devront répondre à l'appel d'offres dans le cadre de ce cahier des charges national.

Les expérimentations « sauvages » devraient ainsi être évitées. Il n'y aura que trois à quatre projets retenus avec, pour priorités, l'interopérabilité et qu'ils soient transposables au niveau national. Les expérimentations devraient se dérouler sur les années 2015 et 2016, avec une généralisation ultérieure.

Pour les cabinets de radiologie qui s'inscriraient dans ce projet, dans les prérequis pour développer la dématérialisation, il y



1^{er} site Internet de
REPLACEMENTS - ASSOCIATIONS - SUCCESSIONS
100% dédié à la RADIOLOGIE

Trouver son Remplaçant, son futur associé ou son successeur en 3 clics:

Se connecter sur
Remplacements-Radiologie.com

Créer son profil

Poster ses annonces
et sélectionner les meilleurs
profils dans toute la France



aura l'obligation d'avoir une console d'interprétation et que les mammographies puissent être interprétables sur d'autres consoles.

En réponse à une question évoquant un projet régional pour lequel il est demandé à chaque structure de payer 8000 euros de droits d'entrée et d'abonnement télé santé, en plus d'un abonnement annuel de 2100 euros et de l'achat d'une console, Laurent Verzaux répond qu'un tel projet ne peut pas être validé.

Laurent Verzaux précise que le développement de la seconde lecture ne devrait pas se traduire par des licenciements comme cela est quelques fois dit. En effet, il faudra faire appel à des qualifications différentes mais avec autant de personnel pour la saisie des dossiers.

Certaines questions doivent encore faire l'objet d'un arbitrage comme la question de l'archivage. S'il est réalisé dans la structure de gestion, il faudra qu'elle soit hébergeur de santé. L'archivage pourrait aussi se faire sur une plateforme régionale ou chez le radiologue.

Enfin, la délocalisation de la seconde lecture n'est pas à l'ordre du jour en raison de difficultés de contrôle qualité et des conditions techniques de réalisation de la seconde lecture. L'intégration de la tomosynthèse devrait être traitée dans le courant de l'année avec la publication de son contrôle qualité dans le semestre.

Séminaire FNMR

Laurent Lardenois, Président de l'Union des médecins radiologues de Normandie évoque l'accueil du séminaire de mars à Rouen qui sera consacré à la loi de santé publique.

Rendez-vous est donnée pour le prochain Conseil d'administration, le 21 mars, à Rouen dans la suite du séminaire. ■



Dr Laurent Lardenois

EXTRAIT DES MINUTES DU GREFFE DE LA COUR D'APPEL DE DOUAI établi exclusivement pour publication dans la presse

D'un arrêt rendu le 10 mars 2014 par la 6^{ème} chambre des appels correctionnels de la Cour d'Appel de DOUAI sur l'appel d'un jugement du Tribunal Correctionnel de Valenciennes en date du 30 avril 2014.

Il appert que le nommé :

Farid ALSAID

Né le 14 février 1955 à LATTAQUIE (SYRIE)

Demeurant : 9 Rue de la Neuve Forge - 59186 ANOR

a été condamné à :

Sur l'action publique,

• Dit qu'il sera sursis partiellement à la peine de 4 ans de prison pour une durée de 2 ans ;

• Dit n'y avoir lieu de décerner mandat d'arrêt ;

Y ajoutant,

• Dit que la partie ferme de l'emprisonnement, fixée à 2 ans, pourra être aménagée ;

• Condamne Farid ALSAID à payer à 12 amendes délictuelles de 800 € ; à titre de peine complémentaire,

• Prononcé à l'encontre de Farid ALSAID l'interdiction définitive d'exercer l'activité professionnelle ayant permis la commission de l'infraction et notamment la profession de médecin radiologue,

• Ordonné à l'égard de ALSAID Farid la publication de la décision dans Le quotidien du médecin et le journal de la Fédération nationale des médecins radiologues à la charge du condamné,

Sur l'action civile,

Confirmé le jugement du tribunal correctionnel de Valenciennes du 30 avril 2013 en toutes ses dispositions ;

Y ajoutant,

• condamné Farid ALSAID à payer les sommes supplémentaires suivantes par application de l'article 475-l du code de procédure pénale en cause d'appel :

- à la CNAMTS : 3.000 €,

- à la CPAM de Lille-Douai : 3.000 €,

- à la CPAM de l'Aisne : 3.000 €,

- à la CPAM du Hainaut : 3.000 €,

- à l'AFPPE : 2.000 €,

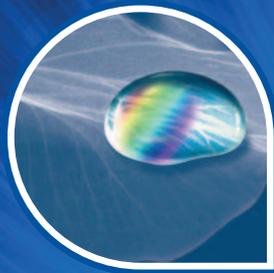
- au CNOM : 2.000 € ;

pour avoir :

été reconnu coupable des faits d'escroquerie commis du 1^{er} janvier 2006 au 30 novembre 2007 à Anzin, Fourmies, Hautmont, Hirson et Wattignies (articles 313-1, 313-7 et 313-8 du code pénal), de complicité d'exercice illégal de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale commis courant novembre 2004 et jusqu'au 30 novembre 2007 à Anzin, Fourmies, Hautmont, Hirson et Wattignies (articles 121-6, 121-7, 131-27 du code pénal L 4351-1 à L 4351-5, L 4351-10, L 4353-1 du code de la santé publique), de faux dans un document administratif constatant un droit, une identité ou une qualité commis courant novembre 2004 et jusqu'au 30 novembre 2007 à Anzin, Fourmies, Hautmont, Hirson et Wattignies, (articles 441-1, 441-2, 441-10, 441-11 du code pénal), d'emploi de salariés sans respect des règles de prévention des risques d'exposition aux rayonnements ionisants commis courant novembre 2004 et jusqu'au 30 novembre 2007 à Anzin, Fourmies, Hautmont, Hirson et Wattignies (articles R 231-73, R 231-74, R 231-81, R 231-82, R 231-84 à R 231-92, R 231-94, R 231-96, L 230-2, L 231-7-1, L 263-2, L 263-6 du code du travail, nouveaux articles L 4741-1, L 4741-5, R 4451-37, R 4451-51, R 4451-54 R 4451-57, R 4451-62 du code du travail), d'exercice d'une activité nucléaire sans déclarations commis courant novembre 2004 et jusqu'au 30 novembre 2007 à Anzin, Fourmies, Hautmont, Hirson et Wattignies (articles L 1333-4, L 1333-20, L 1337-5, R 1333-19, R 1333-21, R 1333-39 du code de la santé publique),

Pour extrait conforme délivré à Monsieur le Procureur Général sur sa réquisition,

Pour le Greffier en Chef, Le Greffier



ioméron®

Iomeprol

400

Voir Différemment

- ➔ **Un bon débit d'iode**
pour les explorations vasculaires
- ➔ **Une bonne charge en iode**
pour les explorations parenchymateuses
- ➔ **Une large gamme de trousse**
pour cinq marques d'injecteurs, en 100 et 150 mL

Disponible en Flacons et Trousses

IOMERON® : Ioméprol 816,00 mg (iode : 400,00 mg) Excipients QSP - **DONNEES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Ce médicament est à usage diagnostique. Urographie intraveineuse, scanographie du corps, angiographie numérisée par voie intraveineuse, angiographie conventionnelle, angiocardiographie, artériographie coronaire sélective conventionnelle, coronarographie interventionnelle, fistulographie, galactographie, dacryocystographie, sialographie. **Posologie et mode d'administration** : Selon l'indication et le poids du patient. Un flacon est destiné à un seul patient. Ne pas injecter d'autre médication avec la même seringue. **Contre-indications** : Antécédents de réaction immédiate majeure ou cutanée retardée à l'injection de Ioméron. Thyrotoxicose manifeste. Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi** : **Mises en garde** : Tous les produits de contraste iodés peuvent être à l'origine de réactions mineures ou majeures pouvant mettre en jeu le pronostic vital, immédiates (moins de 60 minutes) ou retardées (jusqu'à 7 jours) et souvent imprévisibles. Ceci implique d'avoir à disposition immédiate les moyens nécessaires à une réanimation d'urgence. Les patients ayant déjà présenté une réaction lors d'une précédente administration d'un produit de contraste iodé sont à risque. Scintigraphie, exploration de la thyroïde, administration d'iode radioactif. **Précautions d'emploi** : Intolérance aux produits de contraste iodés, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, asthme, dysthyroïdie, maladies cardiovasculaires sévères, troubles du système nerveux central, phéochromocytome, myasthénie, majoration des effets secondaires (excitation, anxiété, douleur). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : metformine, radiopharmaceutiques, bêta-bloquants, substances vasoactives, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, diurétiques, Interleukine 2, neuroleptiques, antalgiques, antiémétiques et sédatifs de la famille des phénothiazines. **Effets indésirables** : Réactions anaphylactoides et d'hypersensibilité (effets cutané-muqueux, respiratoires, cardio-vasculaires, autres), cardiovasculaires, neurosensoriels, digestifs, respiratoires, rénaux, effets locaux. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES** : Produit de contraste iodé. **Ioméron® 400** : 3400933795146 : 50 mL flacon 28,74 € - 3400933795207 : 75 mL flacon 41,47 € - 3400933795375 : 100 mL flacon 49,57 € - 3400933795436 : 150 mL flacon 72,21 € - 3400933795665 : 200 mL flacon 94,84 € - 3400933991036 : 50 mL + néc. 28,74 € - 3400936198005 : 100 mL + néc. AN 49,57 € - 3400936198173 : 100 mL + néc. ME 49,57 € - 3400926993986 : 100 mL + néc. Empower 49,57 € - 3400926994129 : 100 mL + néc. CT-Exprès 3D 49,57 € - 3400936161733 : 150 mL + néc. AN 72,21 € - 3400936161962 : 150 mL + néc. ME 72,21 € - 3400926994068 : 150 mL + néc. Empower 72,21 € - 3400926994297 : 150 mL + néc. CT-Exprès 72,21 € - 3400927707131 : 100 mL + néc. NEMOTO 49,57 € - 3400927707360 : 150 mL + néc. NEMOTO 72,21 €. Liste I - Remb. Séc. Soc. 65% dans toutes les indications - Agréé coll. - Rév. : décembre 2013. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE



La recherche d'un associé : vous avez dit " ressources humaines " ?

C'est un poncif de dire que tous les métiers comportent une part de relation humaine. Le métier de médecin radiologue n'échappe pas à cette règle : la relation du médecin avec son patient est une composante de l'exercice, bien sûr, même si cela veut être ignoré par certains qui aimeraient « commoditiser » la radiologie dans un anglicisme aussi barbare que l'idée de la médecine sans médecin... Le personnel joue aussi un grand rôle, secrétaires et techniciens supérieurs, sans oublier les professionnels de la Sécurité sociale, du réceptionniste au « grand patron » des hautes sphères ou les industriels du secteur et, même, les « politiques » qu'il faut sans cesse éduquer.

Cette immense forêt ne doit pas masquer l'arbre que constitue l'associé, associé établi ou associé impétrant, deux individus bien différents. On passera sur l'associé établi qui pourrait lui aussi nourrir toute une chronique, terrestre et non martienne.

La recherche d'un associé et/ou d'un successeur dans un centre d'imagerie situé dans la grande couronne de l'île de France, on n'ose dire dans la grande banlieue, est une aventure humaine fascinante et complexe. Il y a plusieurs moyens d'enclencher la recherche : les remplaçants constituent un noble vivier, évident et logique, mais l'élargissement de la recherche passe aussi par les petites annonces dans les quotidiens médicaux ou les revues professionnelles ainsi que par le biais des sites Internet de différents organismes.

On voit aussi apparaître des officines spécialisées qui proposent leur service de recrutement, recrutement de plus en plus lointain, hors des frontières, et pour des sommes rondellettes, chasseur de têtes voulant dire aussi chasseur de primes.

Chaque individu étant différent, on peut procéder à une classification nosologique qui peut faire appel à différentes sciences et il est tentant de rechercher le plus petit dénominateur commun.

Le conflit des générations existe depuis que le monde est monde et l'individu en voie de mûrissement avancé ne peut que méditer sur cette notion en constatant que le profil moyen a bien changé. Les priorités sont devenues, poliment, différentes sous l'effet des « 35 heures » et de la civilisation des loisirs. On voit aussi arriver des individus brillants, qui ont connu un *numerus clausus* drastique et la nécessité d'être dans les premiers à l'examen classant national (ECN) pour accéder à la spécialité. Tous arrivent sur le marché à un

certain âge, à l'âge où leurs contemporains non médecins ont déjà fait une partie de leur carrière, et ils veulent rentabiliser leurs études au plus vite avec un ROI, « return on investment », le plus rapide et le plus élevé possible. Dire que le veau d'or est de retour est sans doute un euphémisme, mais les échanges avec d'autres milieux montrent qu'il en est de même dans d'autres secteurs à niveau égal de compétence et de responsabilité, sans même évoquer le pantouflage de certaines « élites à carnet d'adresses ». Ne parlons pas des rares radiologues interventionnels qui, diva (pas DIVA) oblige, visent les revenus des patrons du CAC 40...

Rares sont ceux qui osent sauter le pas de l'exercice « libéral », il y a toujours quelque chose qui ne va pas : le lieu même, quel dommage qu'il ne soit pas dans Paris intramuros avec une station Velib ou Autolib, le revenu, insuffisant, les horaires de travail, trop lourds, l'intensité du travail, incompatible avec la consultation de l'iPhone 6 en sirotant un cappuccino, les vacances pas assez longues et pas assez fréquentes, etc...

Il est frappant de voir également que nombre de ces postulants itinérants ne s'installent pas et préfèrent un statut de remplaçant : forte rémunération sans risque, pas d'investissement, sélection multicritères très exigeante (« cherry picking »), liberté presque absolue face à une pénurie relative. Mais, les questions, voilées ou directes, font aussi preuve d'une grande inquiétude face à l'évolution du système de soins et à la pérennité du système dit libéral. Il y aussi la découverte de la réalité sociale, de ceux qui ne peuvent assumer un secteur II à complément élevé d'honoraire, celle de la CMU voire de l'AME (Aide Médicale d'Etat).

Cette inquiétude est aussi renforcée par une certaine méconnaissance, compréhensible face à la complexité du

système, et l'on voit aussi certains s'étonner de ne pas toucher aussi un pourcentage sur les forfaits techniques ! La dynamique entrepreneuriale d'investissement dans l'outil de travail pour exercer un métier paraît bien lointaine...

L'autre tendance, plus récente mais tout aussi surprenante, est l'arrivée des « cocus » du système hospitalier.

Ils sont de plusieurs types, voire du troisième type tellement les attentes et les idées préconçues sont explicitement surréalistes. On peut mettre de côté certains temps pleins qui « font des ménages » en toute illégalité, parfois en plus de leur « secteur privé à l'hôpital », mais en toute bonne conscience car « pour ce qu'ils sont payés »...

D'autres sont des « vieux que l'on pousse vers la sortie » car ils coûtent trop cher : ancienneté, anciens « contrats », etc. Certains jeunes coûtent moins cher et l'histoire racontée est toujours la même : quelques mesures vexatoires voire des brimades ou du harcèlement administratif puis la mise des cartes sur la table vers une sortie anticipée. Ces mouvements d'expulsion sont aussi précipités par des regroupements entre structures, dont certaines revendiquent une appartenance au monde social ou bienpensant. D'autres trouvent un poste à l'étranger et d'autres se tournent vers « le privé » avec des espoirs assez surprenants, témoignant aussi d'une méconnaissance de la réalité du terrain mais avec des dollars au fond des yeux.

N'oublions pas dans la liste certains PACs, voire stagiaires associés, qui cherchent des remplacements « non déclarés » et qui s'offusquent que, contrairement à « certains de vos confrères », l'on leur demande des preuves d'inscription à l'Ordre, à l'URSSAF et une assurance professionnelle. D'autres confrères, a priori moins en marge du système, font d'ailleurs preuve de beaucoup de réticence à fournir ces documents qui nous ont permis de découvrir un cas d'exercice illégal de la médecine !

Le dernier avatar, de plus en plus fréquent, est celui de médecins hospitaliers titulaires, plus jeunes, qui sont lassés de l'augmentation des pressions de toutes sortes, de l'absence de considération dont ils sont l'objet de la part des administrations hospitalières, de l'augmentation de la charge de travail et des gardes, évidemment pas assez payées et trop fatigantes, malgré RTT et repos compensateurs. Nombreux sont ceux qui n'ont pas un accès suffisant au secteur privé à l'hôpital et quand ils l'ont, l'association de salaires hospitaliers, en tenant compte des avantages sociaux (protection sociale, temps réel de travail, retraite assurée), et de revenus d'activité libérale à l'hôpital rend moins attractif les revenus libéraux ordinaires.

Ce mouvement de fuite est inquiétant et on peut craindre qu'il ne diminue pas le torrent des sottises émises par la Fédération Hospitalière de France concernant le secteur dit libéral.



Bien sûr, le constat peut générer deux attitudes, le repli sur soi et la lente décrépitude ou un changement d'attitude pour un avenir professionnel utile. La pénurie relative de praticiens fait qu'un certain nombre de cabinets de proximité et de dispensaires ne trouveront pas de repreneurs ou de praticiens qualifiés que la téléradiologie ne peut ni ne doit remplacer. On peut penser que l'augmentation, modérée mais réelle, du nombre de praticiens en formation va donner un peu d'air au marché du travail, mais il y a manifestement un modèle global à réinventer. Cette situation n'est pas propre à la grande couronne de l'Île-de-France et concerne aussi les villes de province, avec ou sans CHU, et leur périphérie. Une solution, mise en place par la profession, est dans les Projets Professionnels Communs (PPC) avec des associations public/privé qui ne sont, cependant, pas possibles partout. La reprise de certains groupes par des investisseurs, sur le modèle des cliniques privées, est un risque, mais la concentration, comme en biologie, ne paraît pas applicable car il faut aussi des médecins pour assurer des examens et des interprétations de qualité, sauf à vouloir tout saccager avec cynisme et/ou désinvolture.

Le défi en ce début de XXI^e siècle est de continuer à faire vivre cette qualité de l'imagerie à la Française, malgré les projets ignares des gouvernants successifs qui choisissent les mauvaises cibles pour des raisons de basse politique, et d'assurer la transmission des outils au travers des générations pour un accès égalitaire aux soins sur l'ensemble du territoire. ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Président de la FNMIR





L'utilisation de Senolog dans l'évaluation du taux réel de couverture du dépistage du cancer du sein

Aïssa KHELIFA ¹ et Laurent VERZAUX ²,
avec le concours de Michel MORETON ³ et Mathini MYLVAGANAM ⁴

La CCAM comporte deux libellés pour la mammographie. Le code QEQK004 prévoit deux indications : « mammographie effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ou mammographie de dépistage réalisée chez une femme avec facteurs de risque, en dehors des critères d'âge définis dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (...) ». Il en résulte que pour cet acte, dans la tranche d'âge 50 – 74 ans, seule l'indication « dépistage organisé » peut être retenue. Le code QEQK001 est plus simple : « mammographie bilatérale ».

Les deux actes sont très proches sur le plan technique puisqu'ils comptent au moins 4 incidences, un examen clinique et qu'ils sont réalisés sur les mêmes matériels. La différence tient au fait que les actes QEQK004 scorés ACR 1 et 2 partent vers la structure de gestion pour une deuxième lecture, ce qui n'est pas le cas des actes QEQK001 qui ne bénéficient pas du filet de sécurité important que représente la 2nde lecture par un expert.

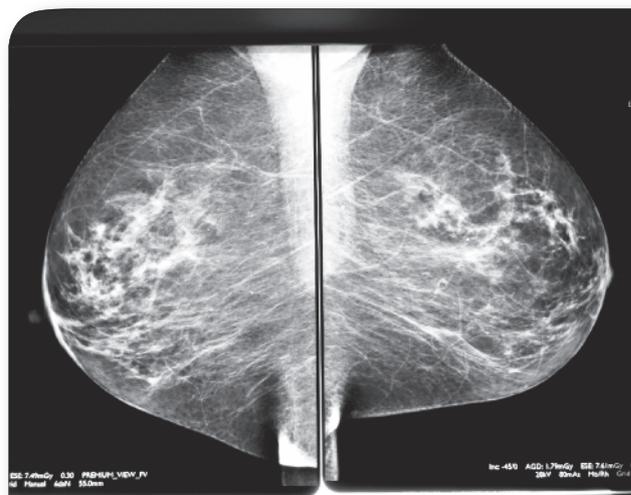
Il en résulte une situation particulière puisque une femme de 50 à 74 ans en situation de dépistage peut se voir proposer une mammographie de dépistage organisé (DO) ou une mammographie bilatérale dite de dépistage individuel (DI) ou selon l'expression proposée par les experts de l'Institut National du Cancer (INCa) de « détection individuelle ».

L'Institut National de Veille sanitaire (InVS) qui assure le suivi épidémiologique du dépistage du cancer du sein ne dispose que des données remontées par les structures de gestion, c'est-à-dire les données du dépistage organisé.

Or, la mesure du taux réel de participation des femmes au dépistage ne peut exclure celles qui font le choix d'une « démarche de détection individuelle » et qui, dans certaines régions, sont plus nombreuses que celles qui participent au dépistage organisé. Ceci est d'autant plus vrai que le dépistage fait l'objet de controverses et que, comme

le recommandent les experts du groupe de travail de l'INCa, il « convient de promouvoir un choix éclairé, prenant en compte des données actualisées et acceptant de parler des zones d'incertitudes ⁵ ».

Le problème est que le libellé QEQK001 ne correspond pas exclusivement à la démarche de détection individuelle. La mammographie bilatérale peut correspondre à de nombreuses situations : détection individuelle, mais aussi suivi de pathologies, qu'elles soient ou non cancéreuses, surveillance d'éventuelles récidives, pose de repère, etc...



¹ Aïssa Khelifa est associé de HMS

² Laurent Verzaux est médecin radiologue, Vice-Président de la FNMR, Président de l'Observatoire de la Sénologie, membre du conseil de surveillance de la Société Française de Radiologie et Président d'EMMA (Association pour le dépistage des cancers en Haute Normandie)

³ Michel Moreton est associé de HMS.

⁴ Mathini Mylvaganam est chargée d'études statistiques chez HMS.

⁵ Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France, rapport du groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage, INCa, octobre 2012.

La démarche basique consistant à sommer dans la tranche d'âge du dépistage organisé les mammographies QEQK001 et QEQK004 n'est donc pas plus adaptée que l'omission systématique des mammographies de détection individuelle. Il ne s'agit pas ici d'un jugement de valeur sur les qualités respectives de deux actes : le cœur du dépistage du cancer du sein est aujourd'hui et restera le dépistage organisé. Il convient simplement d'être en mesure de connaître la réalité de toutes les femmes participant au dépistage.

Un exemple permet de comprendre cette problématique : sur la période 2012-2013, le taux de participation mesuré par l'InVS à Paris était de 33,1 %. Ce chiffre ne correspond de toute évidence pas à la réalité parisienne de la sénologie.

L'apport de Sénolog

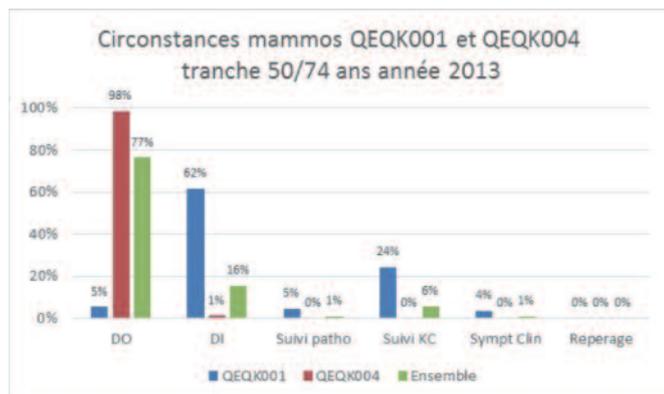
Sénolog est un outil unique d'analyse des pratiques. Sans être exhaustif, Sénolog recense plus de la moitié de l'activité sénologique en France et complète les deux principales sources de données disponibles : en couvrant le DO et le DI dans toutes les tranches d'âge, Sénolog apporte des informations sur ce qui se passe avant, à côté, et après le dépistage organisé et complète ainsi les données de l'InVS. En apportant des informations médicalisées sur les circonstances, l'adressage et les résultats des examens, Sénolog apporte un complément unique aux données de l'assurance maladie.

Les circonstances de la venue d'une patiente sont, dans Sénolog, au nombre de six : le dépistage individuel, le dépistage organisé, le repérage, le suivi d'une pathologie non tumorale, le suivi d'un cancer du sein ou enfin un symptôme clinique. Le graphique n° 1 présente les pourcentages respectifs des circonstances selon le type d'acte.

Près du tiers des actes utilisant le code QEQK001 sont liées à des circonstances ne correspondant ni à du dépistage organisé, ni à une démarche de détection individuelle.

Graphique n° 1,

Source : Base Sénolog 2013.



Dès lors, il est possible de redresser le taux de couverture du dépistage organisé en prenant en compte les mammographies QEQK001 relevant d'une circonstance de « dépistage organisé » DO et surtout d'une démarche de détection individuelle (DI).

La méthode de redressement

Pour chaque département, on connaît le nombre de mammographies de dépistage organisé recensées par l'InVS. Rapporté au nombre de femmes dans la tranche d'âge (divisé par 2 pour tenir compte de la périodicité du Dépistage Organisé), cela donne le taux de participation au dépistage organisé (taux N° 1).

Dans une première étape, on ajoute aux mammographies de DO recensées par l'InVS les mammographies QEQK001 correspondant aux seules circonstances DO et DI. La somme, rapportée au nombre de femmes de 50 à 74 ans donne le taux « redressé » de participation (taux n° 2).

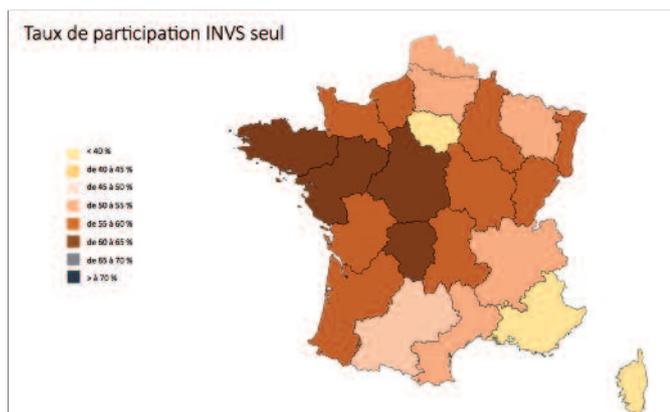
La deuxième étape consiste à évaluer dans chaque département la représentativité de Sénolog. Pour cela, nous comparons le nombre de mammographies QEQK004 recensées par Sénolog et celui recensé par l'InVS. La « représentativité » nationale moyenne de Sénolog ainsi calculée est de 50,1 %. Nous avons considéré que la « représentativité » de Sénolog était la même pour le QEQK001 et le QEQK004.

Il est donc possible de redresser le nombre de QEQK001 du taux de représentativité de Sénolog. Si dans un département, Sénolog représente 80 % des mammographies de DO, on peut donc considérer que les QEQK001 recensées par Sénolog représentent également 80 % du total. On peut donc majorer leur nombre de 25 % (20/80). Ceci nous donne le « taux de couverture extrapolé » (taux n° 3).

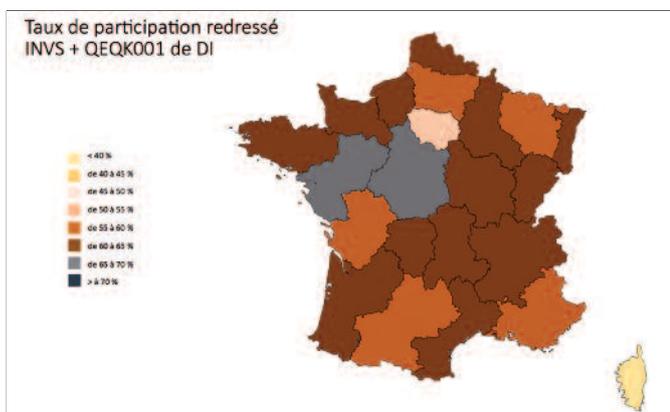
Les résultats 2012 – 2013

Sur la France métropolitaine, le taux de participation calculé par l'InVS (taux n° 1) est de 52,1 %. Le taux redressé par les QEQK001 de Sénolog (taux N° 2) est de 57,8 %. Le taux extrapolé (taux n° 3) est de 63,5 %

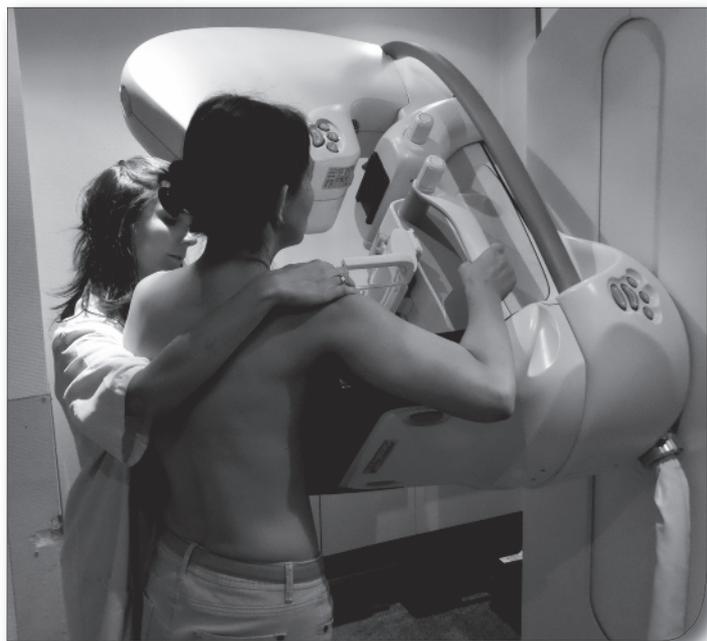
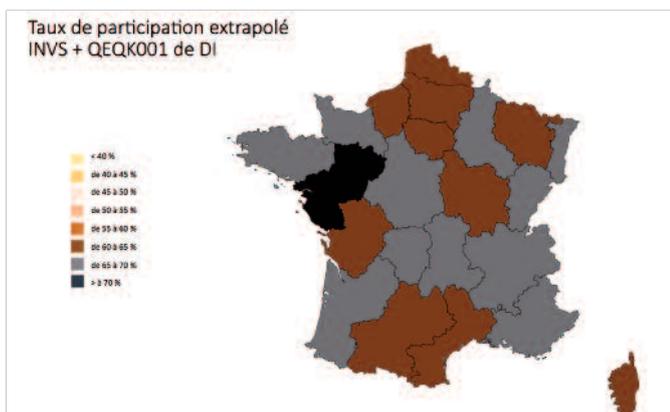
Le graphique n° 2 représente le taux régional de participation calculé par l'InVS.



Le graphique n° 3 représente le taux régional de participation redressé des données de Sénolog.



Le graphique n° 4 représente le taux régional de participation extrapolé à partir des données de Sénolog.



Outre l'amélioration sensible du taux de participation qu'apporte l'inclusion des QEQK001 de « DO » ou « DI », on notera la diminution sensible de l'écart entre les régions, le plus grand recours au DI compensant, notamment en PACA, Ile de France, Languedoc-Roussillon et en Corse, une faible participation aux campagnes de dépistage organisé.

L'écart type (qui constitue un indicateur des écarts régionaux à la moyenne nationale) passe ainsi de 7 % quand on mesure le taux de participation à partir des seules données de l'InVS à 2,7 % quand on extrapole la participation à partir des données de Sénolog.

Encore une fois, il ne s'agit nullement de remettre en cause le dépistage organisé qui reste l'orientation prioritaire de la sénologie en France. Il convient simplement, dans le contexte de « libre choix éclairé » désormais suggéré par les autorités de santé, de s'interroger sur l'opportunité de mieux comptabiliser les mammographies QEQK001 à visée de détection individuelle afin de mieux comprendre la réalité d'un dépistage structurellement dual dans la tranche d'âge. ■

Aïssa KHELIFA
Associé de HMS



Dr Laurent VERZAUX

Vice-Président de la FNMR,
Président de l'Observatoire
de la Sénologie, membre du conseil de
surveillance de la Société Française de
Radiologie et Président d'EMMA
(Association pour le dépistage
des cancers en Haute Normandie)



DORDOGNE

Modification du Trésorier du syndicat de la Dordogne en février 2015 (élections du 21 mai 2014). La composition du Bureau est donc la suivante :

Président :	Dr François JAMBON (Périgueux)
Vice-Président :	Dr Hervé REP (Thiviers)
Secrétaire :	Dr Roger TRAN (Bergerac)
Trésorier :	Dr Serge SOUYRIS (Périgueux)

MOSELLE

Suite aux élections du syndicat de la Moselle du 2 février 2015, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Jean-Michel FROMAGET (Metz)
Vice-Président :	Dr Saad JAAFAR (Metz)
Secrétaire :	Dr Pierre-Alexandre GANNE (Metz)
Trésorier :	Dr Sébastien MASSE (Montigny les Metz)

VOSGES

Suite aux élections du syndicat des Vosges du 3 février 2015, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Vincent MILION (Epinal)
Secrétaire :	Dr Jean-François CAQUEL (Saint Die des Vosges)
Trésorier :	Dr Philippe CONCHON (Epinal)



Hommage

Dr Pierre-Robert GRIVET

Nous venons d'apprendre le décès le 14 février 2015 du **Docteur Pierre-Robert GRIVET** à l'âge de 87 ans. Il était médecin radiologue retraité à Lyon (69).

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



Les dépenses de l'assurance maladie : novembre 2014

L'évolution du total des dépenses d'assurance maladie et de ses différents postes est stable pour le mois de novembre 2014. Parmi les trois grands agrégats, seuls les versements aux établissements de santé privés sont en diminution avec 0,3 point de moins qu'en octobre.

Les dépenses de ville suivent la tendance de l'ONDAM avec un retrait marginal de 0,1 point. Pratiquement tous les postes suivent le même profil.

Au sein des actes techniques, les échographies sont dans la tendance, les autres actes d'imagerie enregistrent une progression marginale de 0,1 point. Les forfaits techniques sont stable en moyenne, les forfaits scanner en recul de 0,2 point et les forfaits IRM progressent de 0,1 point à des niveaux très modérés (respectivement 1,3% et 5,5%). ■

Dépenses de l'assurance maladie - Novembre 2014

(Tous risques - Régime général - France métropolitaine - Milliers d'euros - % en PCAP)

Prestations	Novembre en euros	Novembre en %
Consultations	5 312 827	-0,6%
Visites	648 926	-6,1%
Actes Techniques (*)	5 966 926	2,8%
Dont actes d'échographies	1 015 230	2,5%
Dont actes d'imagerie (hors échographie)	1 239 607	0,7%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	718 675	4,4%
Dont scanner	282 650	1,3%
Dont IRM	368 881	5,5%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	16 466 911	2,1%
Total prescriptions	43 974 379	3,6%
Total soins de ville	60 441 310	3,2%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	48 152 117	2,0%
Total versements aux établissements sanitaires privés	10 219 832	3,0%
Total prestations médico-sociales	14 435 792	3,7%
Total statistique mensuelle des dépenses	145 017 469	2,8%

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

Election du Bureau du CERF

Collège des Enseignants de Radiologie de France - CERF

Assemblée générale du 23 janvier 2015

Président

Pr Louis BOYER - Clermont-Ferrand

Secrétaire général

Pr Alain LUCIANI - Créteil

Vice-Président

Pr Jean-Michel BARTOLI - Marseille

Trésorier

Pr Olivier LUCIDARME - Paris

Membres du Bureau :

Dr Eléonore BLONDIAUX - Paris

Pr Loïc BOUSSEL - Lyon

Pr Ivan BRICAULT - Grenoble

Pr Jean-François CHATEIL - Bordeaux

Pr Anne COTTEN - Lille

Pr Jean-Nicolas DACHER - Rouen

Pr Cédric DE BAZELAIRE - Paris

Pr Stéphane KREMER - Strasbourg

Pr Catherine OPPENHEIM - Paris

Pr Philippe PETIT - Marseille

Pr Jean-Pierre TASU - Poitiers

Dr Isabelle THOMASSIN-NAGGARA - Paris

Dr Marc ZINS - Paris



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

et aussi...

Cavaliers - Papier en-tête

Cartes de rendez-vous

Cahiers de rendez-vous ...



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

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

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

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



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10540 06 Nice, groupe 13 radiol cherche associé. 1 cab centre ville, 3 cliniques, nombreuses vacations TDM-IRM.

> **Contacter le 06.85.27.35.86**

10541 06 Groupe 9 radiol cherche 2 associés. Nbx vac imagerie en coupe, salle radio interven., prochain scan interven. Nv cab, ville orienté séno, tomosynthèse/élastographie/macrobiopsie. Profils recherchés : polyvalent dont un avec valence plus particulière en imagerie de la femme.

> **Contacter : Dr Ph. CAZAUX**

Tél. : 06.76.49.25.21 ou

Email : cazaux.philippe@gmail.com

10542 06 Cause retraite, cède parts dans groupe 9 radiol travaillant sur 4 sites. Matériel de haut niveau. radio, écho, doppler, mammo, nombreuses vacations scanner et IRM.

> **Contacter le 06.78.90.48.31 ou**

Email : verso06@orange.fr

10543 21 Départ retraite fin 2015 – Dijon, groupe libéral (radio, écho, mammo TS, cône beam), large accès scan, IRM 1,5 et 3T, en parts propres. Spécialisation possible. Secteur I ou II

> **Contacter : Dr A. LEFLOT**

Tél. : 06.80.02.27.66

10544 21 Côte d'Or Sud, cause départ retraite, cherche successeur SCM 2 radiol (radio conv., mammo num, ostéo, large accès IRM[GIE] et scanner). Pas d'astreinte. Rempla et/ou collaboration possible les 1^{er} trimestres.

> **Contacter le 06.16.76.32.54 ou**

Email : jalorenzo@wanadoo.fr

10545 22 Saint-Brieuc, SELARL 3 radiol, cherche rempla. 2 sites (cabinet ville +

clinique), importante activité, plateau technique complet.

> **Contacter le 02.96.33.73.00**

10546 29 RIM29 SUD Quimper, cherche rempla et nouveaux associés. Groupe 9 radiol, clinique et 3 cab de ville, large accès imagerie en coupe, instauration progressivement d'une spécialité d'organe par radiologue.

> **Contacter le : Dr B. PERDRIEL**

Tél. : 06.711.14.46 ou

Email : benoitperdriel@hotmail.fr

10547 38 Grenoble, remplacement en vue d'association. Groupe 5 radiol, 1 site d'exercice en clinique, plateau technique complet 2 scan et 2 IRM. Equipe mixte homogène CCA secteur I avec CAS.

> **Contacter le : Dr Th. AUBERGE**

Tél. : 06.13.82.06.73 ou

Email : thauberge@orange.fr

10548 45 Près Orléans, cherche rempla pour vacations fixes et/ou ponctuelles en vue d'association. Exercice libéral en cabinet de ville, radio conv, écho, mammo, scanner, IRM. Inscription C.O. et attestation RCP.

> **Contacter par mail :**

selarl.ila@wanadoo.fr

10549 68 Cab. 4 associés sur 2 sites cherche 1 ou 2 associés si possible ACCA pour cause départ retraite. Large accès scanner et IRM privée.

> **Contacter le 06.87.17.44.10 ou**

Email : empb@wanadoo.fr

10550 78 SELARL Grand Ouest Paris possédant en propre 1,5 IRM et scanner cherche associés.

> **Contacter par mail :**

docalzas@yahoo.fr

10551 85 Nord Vendée, cab indépendant 3 radiol cherche 1 associé pour

succession. Radio, séno, écho, densito, IRM, scanner.

> **Contacter le 06.07.13.43.97**

REEMPLACEMENT DEMANDE

10552 69 Radiol retraité recherche remplacements en Rhône-Alpes (scanner et IRM exceptés).

> **Contacter le 06.08.57.64.71 ou**

Email : andrejenn@sfr.fr

DIVERS

10553 33 Bordeaux banlieue, cab. recherche chaîne de radioscopie d'occasion pour PRESTIGE SI GE.

> **Contacter le 05.56.05.81.38 ou**

Email : radiologistmedard@orange.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 Jean-Philippe MASSON
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 Jean-Philippe MASSON
Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2015