

La lettre de la FNMR
www.fnmr.org

Pertinence ne veut pas dire rationnement



Les interventions du séminaire de la FNMR du 18 mars, consacré à la pertinence en imagerie médicale, sont retranscrites dans cette lettre.

Des orateurs d'horizons divers ont exposé leur vision de la pertinence en imagerie.

Un collègue canadien, le Docteur Jacques Lévesque, a présenté la façon dont ce problème était abordé au Québec.

Il ressort de ces interventions que le but de l'amélioration de la pertinence dans notre spécialité doit permettre une amélioration de la qualité de la prise en charge de nos patients. En fonction de la demande qui lui est faite, le médecin radiologue doit pouvoir proposer l'examen le plus adapté pour poser le diagnostic le plus précis.

Bien entendu, ceci n'est possible qu'à la condition de pouvoir bénéficier facilement de toutes les techniques d'imagerie et notamment, d'imagerie en coupe.

Cet objectif est cependant bien éloigné de ce que les tutelles et notamment la CNAMTS entendent par pertinence : pour elles, ce terme n'est qu'un moyen de réaliser des économies sur notre spécialité en limitant les indications des examens et donc en réduisant l'accès des patients aux techniques les plus performantes et les moins irradiantes. Nous devons les convaincre qu'une meilleure prise en charge des patients en imagerie permet de mieux de rationaliser leur parcours de soins et entraîne une optimisation des coûts pour l'assurance-maladie.

Cette action de communication, tant auprès des patients, des médias que des institutionnels, est essentielle, et doit être poursuivie par tous les radiologues.

La FNMR a déjà pris contact avec les cabinets de nos nouveaux ministres de tutelle, la santé et les comptes sociaux. La FNMR avait déjà rencontré Agnès Buzyn alors qu'elle était présidente de l'INCa. Il faut espérer que ministre de la santé, elle sera plus à l'écoute des difficultés de notre spécialité que son prédécesseur.

La Fédération a déposé un recours en Conseil d'État contre l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale qui a permis au directeur général de l'assurance maladie de décider seul de la baisse des forfaits techniques. Nous avons déposé un autre recours contre une autre décision de la CNAMTS supprimant le modificateur Z. Les syndicats poly catégoriels, le Conseil professionnel de la radiologie (G4) et le syndicat des médecins nucléaires se sont associés à ces recours. Il ne nous reste plus qu'à attendre, avec confiance, la décision des juges.

Dans le même temps, la FNMR poursuit son action pour faire reconnaître le rôle de l'imagerie médicale dans l'offre de soins et pour faire aboutir nos revendications.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

■ Séminaire FNMR :	
Pertinence et parcours de soins en imagerie	02
■ Hommage	22
■ Vie fédérale : élection bureaux	23
■ Bureau de la FNMR	24
■ Qui seront les médecins en 2040 ?	26
■ Petites annonces	32
■ Adhérez à la FNMR	32

■ Annonceurs :	
BRACCO	29
FORMATIONS FORCOMED - FORCO FMC	30-31
LABELIX	03





Pertinence et parcours de soins en imagerie

Le 18 mars dernier, la FNMR tenait son séminaire annuel sur le thème de la pertinence des actes et du parcours de soins en imagerie. Il revenait à Jean-Philippe Masson, président de la FNMR, et à Christian Fortel, président de la région d'Île-de-France, d'accueillir les participants et les intervenants dont le Docteur Jacques Lévesque, médecin radiologue, ancien président de l'Association canadienne des radiologistes (CAR).

Pertinence et parcours de soins en imagerie

Introduction :

Dr. Jean-Philippe Masson, *Président de la FNMR*,
Dr. Christian Fortel, *Président de l'Union régionale d'Ile-de-France*

Le médecin radiologue dans le parcours de soins :

Dr. Bruno Silberman, *1^{er} Vice-Président de la FNMR*
Dr. Coralie Richa Sicard, *Présidente du syndicat de Paris*

La pertinence au Canada :

Dr. Jacques Lévesque, *ancien Président de l'Association Canadienne de Radiologie*

Pertinence des actes :

- **vue par la société scientifique :**
Pr. Jean-François Meder, *Président de la SFR*
- **en radiologie interventionnelle :**
Dr. Sophie AUFORT, Dr. Laurent Lardenois,
Vice-Président de la FNMR
- **vue par la DGOS :** Mme Déborah Cvetojevic,
Chef de bureau plateaux techniques
- **vue par la FHF :** M. David Gruson, *Délégué général de la FHF*
- **en échographie :**
Dr. Jean-Christophe Delesalle, *Secrétaire général de la FNMR*
- **en imagerie en coupe :**
Dr. Jean-Charles Leclerc, *Secrétaire général de la FNMR*

Le point de vue d'un économiste :

M. Frédéric Bizard

En introduction, Jean-Philippe Masson rappelait que la pertinence des actes est aujourd'hui un thème porté par de nombreuses institutions et qu'elle a été inscrite dans les dernières lois de santé. La DGOS ¹ en a fait un axe de sa politique. Pour l'ASN ², c'est un moyen de limiter l'exposition aux rayons X. Pour la CNAMTS ³, la pertinence est une source d'économies.



Dr Jean-Philippe Masson

Si la pertinence peut se définir comme "ce qui convient, ce qui est approprié", il reste à savoir qui est qualifié pour déterminer ce qui est pertinent en imagerie et la manière de le déterminer.

La pertinence peut s'entendre comme la sélection des actes à réaliser avec l'aide du GBU ⁴ de la SFR ⁵. S'applique-t-elle aux techniques ? Ce qui pose la question de l'accès des patients. Implique-t-elle une meilleure organisation pour la prise en charge des patients afin de réduire les délais d'accès ? Quelle relation y-a-t-il entre la pertinence des actes en imagerie et le parcours de soins des patients ? Entre les actes d'imagerie et l'organisation de l'offre de soins ?

La pertinence n'est-elle pas la meilleure adéquation des moyens humains, matériels et financiers ? Est-elle une source d'économies ou la justification d'un acte ?

¹ Direction générale de l'offre de soins.

² Autorité de sûreté nucléaire.

³ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

⁴ Guide du bon usage des examens d'imagerie.

⁵ Société Française de Radiologie.

LE MEDECIN RADIOLOGUE DANS LE PARCOURS DE SOINS

(Dr. B. Silberman – Dr. Coralie Richa Sicard)



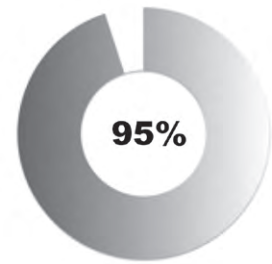
Dr Bruno Silberman



Dr Coralie Richa Sicard

Le médecin radiologue intervient dans le parcours de soins à plusieurs niveaux, dans le diagnostic mais aussi dans la prévention et parfois dans le traitement. Il veille à la justification, à la pertinence des examens et à leur optimisation. Son rôle dans le parcours de soins est bien perçu par ses confrères. Une enquête récente conduite en Ile-de-France montre que 98% des médecins interrogés ont souvent recours à un médecin radiologue.

95% en sont satisfaits ou très satisfaits. 83% les jugent facilement joignables et 94% estiment qu'ils répondent à leurs besoins. Si le radiologue est globalement bien perçu par ses confrères, qu'en est-il des patients ? Considèrent-ils le radiologue comme un super technicien ou comme un authentique médecin spécialiste ?



Ile-de-France - 95% des médecins correspondants satisfaits ou très satisfaits du recours aux médecins radiologues

Pour répondre à cette question nous devons nous efforcer de définir le rôle du radiologue

Son rôle commence par la **justification** de l'examen. Il pourra choisir de substituer par un autre examen qui lui semble plus approprié ou de ne pas le réaliser s'il ne le considère pas pertinent. Il réalise ensuite l'examen, interprète les images obtenues. **L'interprétation** du radiologue est alors consignée dans un compte-rendu qui doit obligatoirement préciser l'indication, comporter une conclusion et évoquer une ou plusieurs hypothèses diagnostiques.

Publi - Rédactionnel



Nouvelle société d'accompagnement

Une nouvelle société d'accompagnement vient d'être agréée pour 3 ans. Il s'agit de **BIO CONSULTANTS** qui vient rejoindre les sociétés **CARRON CONSULTANTS**, **CQS**, **DBIO**, **ELSE CONSULTANTS** et **SANTOPTA**.

Sociétés d'audit

Pour mémoire, à ce jour, deux sociétés d'audit : **APAVE** et **DEKRA**.

Assurance qualité obligatoire

Nous vous rappelons que l'arrêté ministériel fixant l'obligation d'assurance qualité en imagerie dans le domaine de la radioprotection devrait être publié courant 2017, pour une **mise en application début 2018**.

La décision de l'ASN devra répondre à l'action 27 du plan cancer : diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique. Actuellement l'obligation d'assurance qualité fixée par le code de la santé publique,



Qualité

n'est que pour la radiothérapie, **elle va donc s'étendre à l'imagerie médicale** : conventionnelle, interventionnelle, scanner, mammographie, bloc opératoire, etc.

L'ASN souhaite s'appuyer sur le référentiel Labelix.

Quel que soit votre mode d'exercice, vous devez vous engager dès maintenant dans la démarche qualité Labelix.

Le travail entrepris ne pourra que vous préparer au mieux à cette échéance.

La démarche Labelix permet de déployer un système de qualité de management de la qualité efficace et performant. Au-delà de la garantie qualité, Labelix c'est aussi pour vos patients, pour vos structures, pour vos équipes.

CONTACTEZ-NOUS

LABELIX

168 A, rue de Grenelle - 75007 PARIS
Tél : 01.82.83.10.21 - Fax : 01.45.51.83.15
info@labelix.org

Le rôle du médecin radiologue ne se limite donc pas à une simple interprétation. Il informe de son compte-rendu le patient et le transmet aux correspondants. Il peut aider au parcours du patient, en coordination avec le médecin traitant, lorsque des résultats inattendus justifient de l'adresser rapidement à un médecin spécialiste. Il entretient des relations informelles avec ses correspondants pour discuter des indications. Les relations sont plus formalisées dans les RCP ⁶ et les staffs interdisciplinaires ou dans le cadre des procédures pour la permanence des soins. Il peut être amené à donner un deuxième avis de consultant sur des dossiers complexes avec stratégie. Il s'équipe et s'organise pour assurer le transfert des images sur le territoire.

Faudra-t-il aussi intégrer demain, dans chaque territoire des réunions autour de la pertinence avec nos correspondants ? Les radiologues ont certainement un rôle structurant dans la coordination du parcours de soins dans le territoire. L'imagerie est au cœur du parcours du patient et le médecin radiologue est incontournable dans la recherche de la pertinence.



Les instances régionales réfléchissent à introduire des obligations aux établissements pour vérifier qu'un patient a vu son cardiologue dans les deux mois après une insuffisance cardiaque. Il y a un risque que les radiologues se voient aussi imposer des volumes d'activité lorsqu'ils exercent au sein d'un établissement.

Au-delà de l'action médicale du radiologue, il faut aussi réfléchir à la dimension médico-économique. Le radiologue est-il seulement au service de son patient ou doit-il aussi répondre aux enjeux médico-économiques ? Que penser d'une revalorisation des actes contre une baisse des volumes alors qu'on réalise plus d'actes en France que chez nos partenaires étrangers avec des valeurs beaucoup plus basses ?

⁶ Réunion de concertation pluridisciplinaire.

⁷ Association canadienne des radiologistes.

Réduire les volumes suppose un accès aux équipements les plus modernes pour tous et la valorisation des actes innovants.

Existe-t-il un lien certain entre pertinence et évolution du volume des actes en imagerie à moyen ou long terme ?

Dans tous les cas, nous sommes médecins et s'engager dans la pertinence, c'est agir dans l'intérêt du patient.

LA PERTINENCE AU CANADA

(Dr. Jacques Lévesque)

Le Canada compte 2 300 radiologues pour une population de 35 millions d'habitants. Nous fêtons le dixième anniversaire de l'installation des PACS à travers le continent avec Inforoute. Sur cette période, les radiologues ont augmenté leur productivité de 10-20%.



Dr Jacques Lévesque

Le budget de la santé est payé pour un tiers par le gouvernement fédéral, le reste l'est par les provinces. Pour assurer la survie du système de santé, nous devons nous intéresser à la pertinence. La CAR ⁷ s'emploie à faire avancer la pertinence et l'efficacité clinique des requêtes d'examen en imagerie.

Plusieurs ressources sont mises à la disposition des médecins, radiologues et prescripteurs, pour une utilisation appropriée de l'imagerie. Mais il faut d'abord définir la pertinence.

L'aide à la décision

La CAR définit la pertinence comme *les bons soins fournis par les bons fournisseurs au patient, au bon endroit et au bon moment, aboutissant à des soins d'une qualité optimale.*

Pour cela, des données sont stockées dans les PACS : données démographiques du patient, signes, symptômes, résultats de tests préalables, diagnostics connus et souvent comorbidités. Le rôle du radiologue est de relier ces données et de décider des procédures les plus appropriées. Quelle procédure d'imagerie diagnostique se traduira par un résultat plus positif pour un



groupe donné de patients avec un type de scénario clinique ?

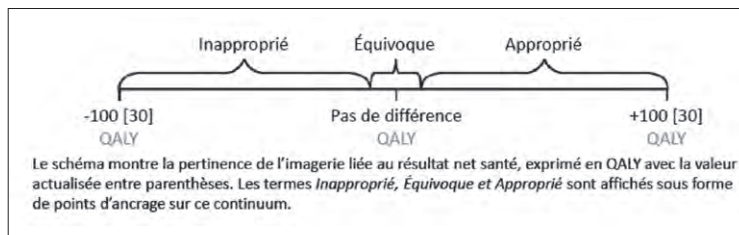


Figure 1 - QALY : Années de vie pondérées par la qualité

Un article ⁸ publié en 2009 évaluait les examens en fonction des années de vie pondérées par la qualité (QALY, Quality Annual Life Years). Il s'agit de connaître l'impact des examens pour l'amélioration de la qualité de vie du patient. D'après ce schéma, on constate qu'il n'y a que 40% des examens vraiment appropriés pour un diagnostic donné.

Le débat sur la pertinence a explosé au Canada au début des années 2000. Un radiologue a expliqué que 30% des examens étaient inappropriés, particulièrement les CT scans, source d'exposition très importante aux rayonnements. Donc, lorsqu'un examen est inapproprié, il ne faut pas le faire.

Est-ce que cela va automatiquement diminuer les dépenses en santé ? Non, car il y aura d'autres d'examen plus pertinents à faire. La pertinence n'a pas diminué les budgets au Canada. En revanche, plus on est efficace, plus on réduit les temps d'attente car on fait passer le bon examen à la bonne personne.

Les radiologues doivent prouver leur leadership en offrant aux médecins des conseils et une éducation sur les pratiques de prescription pour utiliser les soins d'imagerie de façon optimale. Pour cela, des lignes directrices ont été élaborées pour les examens d'imagerie, comme votre guide du bon usage. Elles sont fondées sur des données probantes et des opinions d'experts. Elles sont intégralement révisées tous les trois à cinq ans mais elles ne sont pas, actuellement, utilisées.

En revanche, lorsqu'elles sont mises en application, elles ont un impact avec une réduction de 26% sur la radiographie de la cheville et de 22% pour le rachis cervical et le TDM cérébral.

Inforoute est un fonds de plusieurs milliards mis à disposition pour l'informatique dans le domaine de la santé. Inforoute Santé a souhaité aller plus loin que les PACS pour procurer des avantages supplémen-

taires reliés à la qualité et à la sécurité en facilitant la prise de décision et la communication tout au long du continuum des soins du patient.

L'objectif est de relier les soins primaires et ambulatoires, qui représentent 70% du volume, en commençant par les Dossiers Médicaux Electroniques des cabinets de médecins, et d'installer des systèmes d'information clinique avancés pour permettre une meilleure aide à la décision.

Il faut que les lignes directrices fassent parties des activités habituelles des cliniciens sans les retarder. La CAR a donc décidé de les intégrer dans un système informatique d'entrée d'ordonnances d'examen d'imagerie diagnostique avec la prescription de médicaments.

On l'a testé avec trois projets pilotes, sur six ans, entre 2006 et 2012 dans la province du Manitoba, chez des pédiatres, des médecins de famille, puis à l'hôpital. Il en est ressorti qu'il y avait entre 10 et 13% de requêtes inappropriées pour les lignes directrices de la CAR. L'erreur a été de ne pas intégrer les spécialistes. En revanche, 25% des médecins de famille l'ont adopté.

Le logiciel doit être simple, rapide et il faut le temps et les ressources financières adéquates.

La cible concerne les médecins de famille, les urgentologues, qui sont de gros prescripteurs. Il y a aussi les internistes généraux et les pédiatres.

Un autre test a concerné l'ostéodensitométrie. Il a conclu qu'il y avait 15% d'examen de densité osseuse inappropriés.

Les autres ressources

Il y a des lignes directrices pour les radiologues qui définissent les principes de pratique à suivre pour obtenir les meilleurs résultats.

L'initiative menée par l'American College, dénommée Choosing Wisely, pour aider à choisir avec soin, a été adoptée par l'Association Médicale Canadienne. La CAR a pris cinq thèmes pour lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger sur l'intérêt d'un



⁸ Siström – Radiology juin 2009.

examen d'imagerie : la lombalgie, les traumatismes crâniens mineurs, les céphalées, éviter la tomodensitométrie pour une appendicite et les radiographies de la cheville.

Il y a eu un impact et nous avons pu évalué la manière de remplacer les machines en fonction de leur utilité pour minimiser au mieux les doses de rayonnement. L'avenir de l'imagerie diagnostique au Canada dépend des améliorations de la qualité qui créeront de la valeur. Les mesures normalisées et continues de l'amélioration de la qualité deviendront la norme.

La mesure des doses est également très importante. Il faut passer par des systèmes d'aide à la décision clinique, à intégrer dans les dossiers de santé électronique, les DME, et dans les PACS. Actuellement, 80% des dossiers de santé sont numérisés au Canada, le Québec, avec 50 à 60%, est en retard à cause du problème de la langue.

Le médecin, lorsqu'il ordonne un examen, attend un retour instantané concernant la pertinence de l'examen et que des propositions alternatives lui soient suggérées. Les données probantes sont disponibles en un clic et s'intègrent dans son flux de travail.

La pertinence prend beaucoup de temps au radiologue. Mais si un tel système est mis en place, elle y sera intégrée comme aux États-Unis sous le terme d'ACR Select, qui comprend 6 000 références ce qui a nécessité 20 ans de travail. Nous voulons intégrer ce qui a été fait par l'ACR et l'ESR, la Société Européenne de Radiologie, pour « canadianiser ».

Inforoute étudie la possibilité d'incorporer électroniquement les lignes directrices aux demandes d'examen pour déployer une application médicale et clinique mobile qui donnera l'accès aux images diagnostiques et aux rapports sur iPad et autres supports, ce qui est déjà le cas dans certains grands centres hospitaliers aux États-Unis. Le patient a aussi accès aux rapports et à ses images sur son iPad.

Le travail du radiologue sera plus rationalisé. Au lieu d'examiner des dizaines de demandes, elles arriveront directement sur ses consoles et il n'aura plus qu'à les valider. Cela va réduire les listes d'attente et peut mettre en évidence le manque de disponibilité pour certains examens et aider les décideurs à prendre les mesures nécessaires.

Le nouveau gouvernement canadien s'est donné comme mandat d'investir pour soutenir les infrastructures et financer l'innovation. Notre président, qui a été reçu au Comité permanent des finances, a demandé 665 millions, soit environ 450 millions

d'euros, pour tout le Canada. La revue Conference Board a récemment publié un rapport sur la valeur de la radiologie au Canada.

Les points saillants du rapport sont que :

- La radiologie est un élément intégral du système de santé car c'est la porte d'entrée de l'hôpital. Si la radiologie ne fonctionne pas, l'hôpital ne fonctionne pas.
- Elle est indispensable pour diagnostiquer et traiter d'innombrables problèmes de santé de toutes les tranches de la population canadienne.

Computerized Clinical Decision Support (CCDS)
Projets de 2006-2012

Decision Support			
Patient Name: Test, Test		HSC MRN 123456789	
Birth Date: January 1, 2007	Age: 1 year, 1 month	Gender: Unknown	Phone Number:
Ordering Provider: Reed, Martin			
Exam: X-ray Chest PA/Lat		Order ID: 21770	
Signs and Symptoms: Cough(Type:Unproductive), Wheeze			
Differential Diagnosis: Pneumonia, Bronchiolitis			
Created By: N/A		Ordering Site: Pediatric ED	

Decision Support	
 TM In most children with wheeze, the CXR is either normal or shows features of uncomplicated asthma or bronchiolitis, such as hyperinflation or peribronchial cuffing and will not change management of the patient. Where patient presents with fever or localized crackles, or if there is clinical suspicion of an inhaled foreign body, a CXR may be considered. Grade of Recommendation: B	
Keep Current Exam Reset Order	

Figure 2 - Système informatique d'entrée d'ordonnances

Ce rapport met en évidence trois cas illustrant la valeur ajoutée de la radiologie : le dépistage du cancer du sein, pour lequel la mortalité a diminué considérablement, la téléradiologie, effectuée en temps réel, et la radiologie d'intervention.

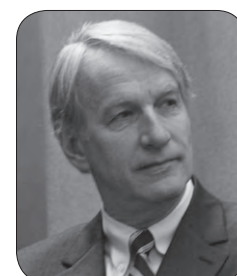
En conclusion, la radiologie occupe une place centrale du système de santé au Canada mais il faut être axé sur le parcours de soins. Le radiologue n'est pas un simple effectuant mais un consultant.

Nous devons renforcer la pertinence de l'imagerie médicale dans un système de santé numérisé pour améliorer l'utilisation des ressources, réduire les temps d'attente et préserver la viabilité du système car on ne peut pas augmenter les budgets.

LA PERTINENCE VUE PAR LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE

(Pr. Jean-François Meder)

La définition de la pertinence comprend quatre éléments :



Pr Jean-François Meder

l'équité, la qualité, la sécurité et la meilleure efficacité (c'est à dire les dépenses de santé).

La radiologie, variable d'ajustement

La pertinence implique une réflexion sur l'amélioration de la production radiologique mais certains ne voient que la dimension financière. L'Académie de médecine prévient que des arbitrages interviendront si les radiologues ne sont pas capables de s'engager collectivement, ce que nous faisons pourtant. La Cour des comptes va plus loin en affirmant que les économies générées par les radiologues financeront l'innovation en radiologie. Ces réactions montrent que l'imagerie devient une "variable d'ajustement". Il faut que les radiologues réagissent.

De nombreux partenaires

Les radiologues ont de nombreux partenaires : les sociétés savantes, les médecins nucléaires, les médecins généralistes, les institutions, en particulier la HAS⁹.

Aucune amélioration n'est possible sans l'implication des professionnels mais il faut que la profession soit aidée par ses partenaires.

Des limites à la pertinence

Il existe divers obstacles à la diffusion des actions de pertinence.

- Des patients demandent d'accéder, sans délai, à l'imagerie la plus pertinente.
- L'organisation locale des structures peut ne pas disposer d'expert pour chaque organe. C'est un objectif à atteindre.
- Les appareils d'imagerie peuvent être de qualité diverses et le partage de données ne se fait pas toujours entre les structures libérales et publiques, voire entre établissements.
- L'emploi trop fréquent du terme prescription contradictoire avec le rôle du radiologue.
- Le diagnostic à tout prix, même si un examen n'est pas nécessaire.
- Une conviction médicale qui peut être basée sur des connaissances parfois anciennes.
- Des demandes d'études sur la pertinence d'un acte

Les appels incantatoires en faveur de la pertinence n'ont que des échos modestes sur le terrain

Rapport de l'Académie de médecine – 8 avril 2013

isolé alors qu'il ne peut être séparé du parcours de soins.

- Un mode de rémunération qui n'incite pas à la pertinence et l'absence de valorisation de la qualité.
- Une politique malthusienne des autorisations d'équipements.

Les indicateurs de la pertinence

Les indicateurs sont nombreux et il est difficile de sélectionner l'indicateur pertinent de la pertinence.

Il pourrait être tentant d'aller chercher ces indicateurs dans les données de la CNAMTS. Mais la Caisse ne peut pas fournir l'indication, ni déterminer si le radiologue a été capable de réorienter un examen.

La spécialité a élaboré un référentiel, le Guide du bon usage (GBU). Mais il n'est pas accepté par tous les médecins notamment les demandeurs. Il va être à nouveau actualisé. Pour travailler avec les collègues cliniciens, il faut qu'il y ait un mot clé exclusif d'entrée, c'est le signe clinique.



Le GBU pour mobile

La HAS, qui avait validé la première version du GBU ne l'a pas fait pour la seconde version. Son utilisation sous forme numérisée suppose une large diffusion de l'informatique chez nos confrères.

Effet possible de la dématérialisation du métier de radiologue

La dématérialisation comporte des aspects positifs mais peut, à terme, poser un problème, celui du maintien du métier de radiologue tel qu'il est exercé aujourd'hui. L'ordinateur d'IBM "Watson" il a été capable de diagnostiquer une hémopathie grave qui avait échappé à de nombreux experts. Watson s'intéresse aussi à l'imagerie. Il a diagnostiqué une tumeur passée inaperçue jusque-là. Il est capable d'analyser des milliers de données scanner et IRM en quelques secondes ce qui est hors de portée d'un radiologue.

L'intelligence artificielle nous impose de développer une vision stratégique de l'imagerie.

⁹ Haute autorité de santé.

Pertinence des actes ou pertinence du métier

Quelle question peut se poser ? Pertinence de l'acte ou pertinence d'un certain exercice de la spécialité. Nous devons nous demander quelle est la valeur ajoutée de notre métier ? La part clinique de notre activité doit rester au premier plan.

LA PERTINENCE DES ACTES DANS LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

(Dr Sophie Aufort – Dr Laurent Lardenois)



Dr Sophie Aufort



Dr Laurent Lardenois

Un décret relatif aux autorisations d'activité en radiologie interventionnelle (RI) devrait paraître en 2018. C'est dans cette perspective qu'un groupe s'est formé auprès de la DGOS comprenant des radiologues publics et libéraux.

Il y a quelques années, la SFR avait recensé 550 000 actes par an, mais il y en a aujourd'hui beaucoup plus. Le plan cancer anticipe, d'ici 2020, une multiplication par 4 des gestes de RI en raison de l'importance de la spécialité en oncologie. Le groupe SFR-FRI répertorie 600 actes de RI de nature très diverse ce qui rend complexe l'organisation de cette spécialité.

Près de 48% de gestes sont faits en endo-vasculaire, le reste par voie percutanée. Le guidage unimodal ne représente que 20% des cas, le guidage multimodal 66%. La RI a évolué avec des techniques mixtes de prise en charge par des guidages différents.

Environ 45% de gestes seraient éligibles à l'ambulatorio, 27% des gestes sont faits dans le cadre de l'oncologie ; l'activité d'urgence pure qu'elle soit d'embolectomie ou de gestion de l'ischémie représente 5%. La grande majorité des gestes sont des actes d'activités programmées ou mixtes. 20% sont réalisés en présence d'anesthésistes.

A partir de la définition de la pertinence par le Centre national des ressources textuelles pour lequel la pertinence est *la qualité de ce qui est adapté à son objet*, la pertinence idéale en RI devrait associer la pertinence médicale, économique et organisationnelle.

La pertinence médicale

La pertinence médicale est acquise par la pratique avec une logique médicale, liée à l'expérience et à la formation. Il paraît en effet évident qu'une personne âgée polymorbide n'est pas opérable par cholecystectomie et qu'il faut plutôt lui placer un drain dans la vésicule biliaire sous repérage de l'imagerie. Cependant la logique médicale ne suffit pas à convaincre la HAS, ni les juges en cas de plainte.

Les sociétés savantes nous aident à trouver les meilleures orientations dans la pertinence clinique avec le guide de bon usage pour les actes diagnostiques. Mais le dernier rapport de la Cour des Comptes souligne que si le GBU est établi par d'excellents experts, la HAS ne lui a pas attribué son label méthodologique.

Le niveau de preuve scientifique est bien sûr maximal grâce aux études médicales randomisées, (niveau 1 de la HAS¹⁰). Pour exemple, dans la stratégie de traitement de la sténose carotidienne, il faut faire une chirurgie d'emblée si l'on ne rencontre pas les exclusions indiquées. Mais afin d'établir la preuve scientifique en RI, les études médicales sont très difficiles à réaliser pour plusieurs raisons.

- La première est la vacance croissante de chaires en imagerie médicale pour les PH temps plein (Tableau 1).
- La deuxième est la difficulté d'obtenir de larges séries de malades traités en RI.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ
AVIS DE LA COMMISSION
21 décembre 2010
CONCLUSIONS
Nom : **SIR-Sphères, Microsphères d'Yttrium-90**

4 études évaluées par la commission (Métastases hépatiques non résécables de cancer colo-rectal)
2 études randomisées multicentriques (n=21 patients): SIR Sphères+ chimio vs chimio seule
2 études non comparatives prospectives (n=61 patients): SIR sphères après échec du 5FU soit réfractaire oxali ou irinotecan

Service Attendu (SA): Insuffisant pour une inscription sur la LPPR.
La CNEDIMTS considère que l'intérêt potentiel de SIR-Sphères justifie néanmoins sa prise en charge temporaire et dérogatoire au titre de l'article L165-1-1 du Code de la Sécurité Sociale pour permettre la production de données cliniques complémentaires.

¹⁰ Haute autorité de santé.

PH temps plein	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Radiologie et imagerie médicale	28,5 %	30,8 %	33,6 %	35,5 %	37,4 %	37,3 %	36,7 %	37,7 %	39,4 %
Ensemble des spécialités	17,8 %	19,4 %	20,7 %	22,3 %	23,1 %	24,2 %	23,7 %	24,6 %	25,7 %
PH temps partiel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Radiologie et imagerie médicale	40,3 %	45,7 %	42,6 %	46,6 %	45,0 %	45,9 %	48,3 %	49,3 %	52,5 %
Ensemble des spécialités	35,6 %	36,4 %	36,0 %	37,2 %	37,9 %	39,5 %	41,1 %	42,0 %	44,8 %

Source : Centre national de gestion

Tableau 1 - Evolution des taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers

Agnès Buzyn, maintenant Ministre de la santé, est intervenue aux JFR 2016 alors qu'elle occupait le poste de directrice de la HAS. Elle soulignait alors « le besoin de données robustes pour évaluer des actes et des produits de santé et rendre possible leur prise en charge par l'assurance maladie, mais, souvent, les professionnels en radiologie interventionnelle s'emparent de nouvelles technologies innovantes sans mettre en place un système d'évaluation qui permette à l'HAS d'avoir des données solides ».

Un exemple frappant nous est donné ici de demande de validation par la HAS d'une étude SIR-Sphères, des mycosphères d'ittrium dans le traitement des métastases hépatiques pour des patients non résécables de cancer colorectal. Nous connaissons bien l'enjeu médico-économique des malades atteints de cancer colo-rectal en France.

La demande était basée sur la présentation de quatre études, ce qui est assez faible, comportant seulement de 21 à 75 patients.

La Cour des comptes considère bien qu'il y a un défaut de référentiels en radiologie, y compris la RI, et qu'une clarification est nécessaire sur les responsabilités respectives en matière de définition des bonnes pratiques. Mais qui a la responsabilité de la preuve ? La HAS qui demande des preuves robustes ? Les médecins, à qui l'innovation s'impose très rapidement parfois et qui sont peu nombreux afin de se consacrer pleinement à la recherche scientifique ? Les industriels, qui nous aident à innover, à imaginer un autre futur radiologique, mais sont parfois moteurs de dépenses ? Faudrait-il imposer aux industriels, avant de proposer une nouvelle technique, de réaliser des études scientifiques médico-économiques préliminaires ?

La pertinence économique

Le président du pôle imagerie du SNITEM déclarait lors des JFR, « nous devons sortir de l'évaluation par tranches, acte par acte, car cela fait perdre des oppor-

tunités d'amélioration des prises en charge mais aussi, paradoxalement, d'économies. Une nouvelle technique d'imagerie, même plus onéreuse que la précédente, peut faire faire des économies substantielles si elle permet de raccourcir les temps de séjour. Cela n'est pas encore pris en compte. » Il a sans doute raison.

La RI est pertinente du point de vue économique grâce à la nature des gestes mini-invasifs et au développement possible vers la médecine ambulatoire d'une grande partie des actes de RI. Les outils de son évaluation sont les études médico-économiques, pour lesquelles la DGOS ¹¹ soutient des projets PRME ¹².

Une étude italienne de 2013 montrait que pour la détection de petits CHC en présence de deux ou trois nodules de moins de trois centimètres, la radiofréquence avait un coût-efficacité meilleur que la chirurgie. Ce n'était pas le cas pour les nodules plus gros.

Research Article

2013



EUROPEAN ASSOCIATION
OF STUDY OF LIVER
DISEASES

JOURNAL OF
HEPATOLOGY

Cost-effectiveness of hepatic resection versus percutaneous radiofrequency ablation for early hepatocellular carcinoma

Conclusions: For very early HCC and in the presence of two or three nodules ≤ 3 cm, RFA is more cost-effective than resection; for single larger early stage HCCs, surgical resection remains the best strategy to adopt as a result of better survival rates at an acceptable increase in cost.

Une étude médico-économique très récente de l'APHP montrait la même chose, ainsi que l'intérêt du dépistage chez les cirrhotiques d'une échographie tous les 6 mois. Plus on traite petit le CHC, moins cela coûte d'argent à la société car cela diminue le nombre de greffe hépatique.

Dans le cas d'un nodule de carcinome hépatocellulaire, on peut réaliser une thermoablation par radiofréquence pendant 12 minutes sous guidage de l'échographie et/ou du scanner, et le patient sort

¹¹ Direction générale de l'offre de soins.

¹² Programme de recherche médico-économique.

le lendemain, guéri avec moins de complications, un temps de séjour réduit et une diminution des comorbidités. De plus en plus de malades sont éligibles à des prises en charge ambulatoires en RI, l'ambulatoire correspondant à une des orientations nationales des dépenses de l'assurance maladie depuis la dernière loi de santé.

Mais, finalement, qui sont les bénéficiaires du développement de la RI ? La pertinence économique et l'intérêt sociétal en termes de coût ne sont envisageables que si tous les acteurs sont gagnants.

Si on prend l'exemple de la radiofréquence hépatique, les honoraires du médecin correspondent à la cotation en CCAM ¹³ de 113 €, malgré plusieurs années d'études, une sur-spécialisation et de nombreuses années d'expérience. De même pour l'établissement, le coût du matériel est d'au minimum 1 200 €, sans compter le coût du générateur de radiofréquence, du personnel et de l'hôtellerie éventuelle.

A l'opposé, il y a un GHS pour la radiofréquence hépatique sous contrôle échographique en libéral qui génère environ 1 324 € à l'établissement, avec des DMS ¹⁴ qui ne sont pas financés en sus du GHS ¹⁵, comme les DMI ¹⁶. Or il n'est pas toujours possible de les financer en plus.

En définitive, le radiologue travaille deux heures et immobilise sa machine deux heures également. L'établissement génère lui aussi du déficit. Seuls le malade et la sécurité sociale sont bénéficiaires.

Mais comment élaborer un développement pérenne d'une activité si tous les acteurs n'y trouvent pas leurs comptes ? Alors que les investissements en machines sont lourds et que les charges salariales ne cessent d'augmenter pour les radiologues libéraux, la logique comptable risque d'être implacable pour l'essaimage espéré de la RI sur le territoire.

En RI, la valorisation des actes est insatisfaisante, voire parfois absente totalement puisque certains actes ne sont pas inscrits à la CCAM.

Les radiologues sont souvent accusés d'être inflationnistes alors que c'est exactement l'inverse. Les dépenses générées par l'imagerie doivent être mises en face des emplois créés, des économies induites et, pour la radiologie interventionnelle, des traitements à faible coût.

¹³ Classification commune des actes médicaux.

¹⁴ Dispositifs médicaux stériles.

¹⁵ Groupe homogène de séjour.

¹⁶ Dispositifs médicaux implantables.

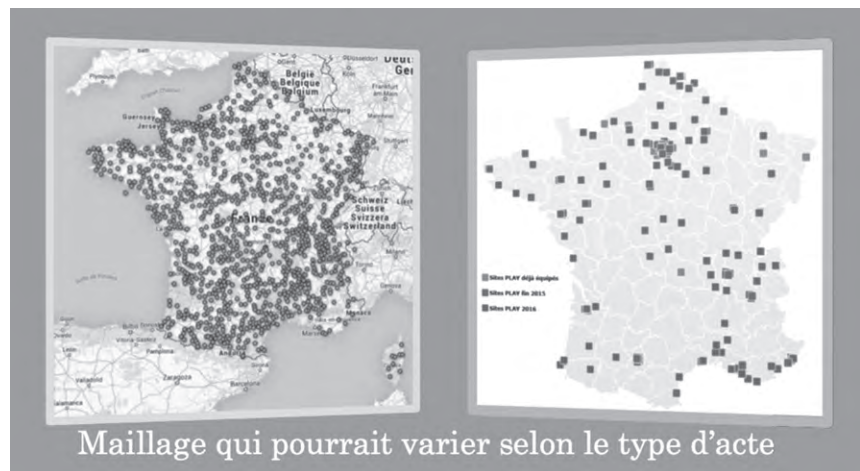
La pertinence organisationnelle

Une RI bien organisée est efficace pour les patients et la population française si :

- Les urgences hémorragique ou ischémique sont traitées à temps
- Il existe un accès aux soins rapide pour la pathologie fonctionnelle musculo-squelettique
- Il existe un accès rapide et équitable aux soins en radiologie dans la prise en charge du cancer.

La DGOS veut aller vers l'efficacité dans la gestion de l'urgence hémorragique, pour identifier les centres qui effectuent les gestes d'embolisation en urgence, notamment pour le polytraumatisé, et organiser un maillage territorial limpide.

Le décret de 2007 a structuré la neuroradiologie interventionnelle. Le prochain décret d'autorisation en imagerie interventionnelle prévu en 2018-2019, même s'il inclut des éléments organisationnels contraignants, aura un effet probablement structurant et bénéfique.



L'accès rapide aux soins dans la pathologie fonctionnelle est essentiel et un maillage serré par des cabinets de proximité peut diminuer très sensiblement les coûts de santé. Diminuer les comorbidités liées à l'immobilisation de la personne âgée après un tassement vertébral est un fort enjeu. La spondyloplastie traitée en RI versus le corset, avec les effets délétères liés à l'immobilisation, a un coût bien moins important pour la société. Aussi infiltrer des corticoïdes sous imagerie à des malades atteints de sciatalgies ou de cruralgies peut permettre d'imaginer des retours plus précoces dans le milieu professionnel.

Enfin, concernant le cancer, l'accès le plus rapide au diagnostic paraît fondamental. Faire une biopsie, qui est un acte de RI de niveau intermédiaire, proposé par chacun de nous en libéral, doit faire partie d'un maillage serré afin d'obtenir un diagnostic rapide.

Concernant les traitements guidés par l'image, qui sont plus spécifiques, avec la radiofréquence, le micro-wave, la prothèse biliaire, la chimio-embolisation, il faudrait proposer un maillage sans doute plus lâche au sein de réseaux de centres spécialisés. Le maillage dans l'offre de soins en RI doit varier selon le type d'actes.

Depuis 2015, nous travaillons de concert avec la DGOS à l'écriture du décret d'autorisation d'activité en Imagerie interventionnelle, afin d'homogénéiser et structurer les pratiques dans le domaine des actes réglés et des actes d'urgence.

La RI est tout naturellement un formidable outil d'avenir afin de traiter les malades en réduisant les coûts sociétaux. Bien que la DGOS ait bien entamé le chantier de l'organisation territoriale de cette discipline, l'enjeu reste à la pertinence médicale et économique. Le récent rapport de la Cour des comptes considère que notre discipline est structurante mais que *des plateaux techniques répondant dans des délais satisfaisants à la demande et la diffusion rapide des pratiques innovantes constituent donc des enjeux vitaux pour la discipline.*

LA PERTINENCE DES ACTES VUE PAR LA DGOS ¹⁷

(Déborah Cvetojevic)



Déborah Cvetojevic

L'intérêt de la DGOS pour la pertinence des soins part du constat de variations très fortes, entre territoires, des taux de recours ¹⁸ sur certains segments d'activité de santé. Les indicateurs démographiques ou sanitaires ne suffisent pas à expliquer ces variations ; ce qui a induit une réflexion sur l'existence de variations des pratiques médicales et sur celle de soins potentiellement non pertinents. Ces variations nous questionnent sur l'équité et la qualité

des soins délivrés. Des soins non pertinents impliquent des risques inutiles pour le patient (exposition aux rayonnements ionisants, complication postopératoire, ablation d'un organe,...). C'est par ailleurs un coût important pour le système de santé .

L'amélioration de la pertinence des soins est donc un enjeu essentiel pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et pour l'optimisation de l'efficacité des dépenses de santé.

La démarche de la DGOS

Depuis 2011, la DGOS a défini des thématiques prioritaires. Des GHM ¹⁹ ont été sélectionnés répondant à trois critères :

- un volume important, supérieur à 20 000 séjours par an,
- en hausse sur les trois dernières années,
- présentant une dispersion importante des taux de recours.

La démarche a consisté à analyser et, le cas échéant, à réduire les écarts de pratiques sur la base de référentiels de bonnes pratiques spécifiquement établis ou mis à jour par la HAS et grâce aux travaux conduits avec les professionnels et les établissements afin qu'ils s'interrogent sur leurs pratiques. Les différents acteurs institutionnels sont mobilisés au niveau national au sein d'un comité de pilotage et de groupes techniques : l'ATIH ²⁰ fournit des données (taux de recours notamment), la HAS ²¹ élabore des recommandations, la CNAMTS ²² accompagne les professionnels hospitaliers et libéraux et développe des indicateurs de ciblage. Les représentants des usagers sont également impliqués.

L'objectif est de réduire le nombre d'actes non pertinents ; une prise en charge pertinente étant la réalisation d'un soin :

- en adéquation avec les besoins du patient
- conforme aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes, nationales et internationales



¹⁷ Direction générale de l'offre de soins.

¹⁸ Les taux de recours aux soins hospitaliers correspondent au nombre de séjours rapporté au nombre d'habitants du territoire considéré. Ces taux de recours sont standardisés pour que les territoires considérés soient comparables du point de vue de l'âge et du sexe.

¹⁹ Groupe homogène de malades.

²⁰ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

²¹ La Haute autorité de santé.

²² La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le programme de travail est national et général autour de quatre axes :

- le développement d'outils de recommandations ou d'accompagnement,
- le suivi des plans d'action et des outils inscrits dans la LFSS 2015 ²³,
- la communication pour enrichir l'information et la diffuser auprès des professionnels et des usagers,
- Le déploiement de la démarche auprès d'autres acteurs et d'autres activités, notamment aux examens d'imagerie médicale.

Un atlas de variation des pratiques médicales a été publié. Il est disponible sur le site du ministère de la santé.

La pertinence en imagerie médicale

L'imagerie médicale constitue un enjeu important avec plusieurs volets : l'accès aux soins (délais de rendez-vous), la qualité des pratiques et l'optimisation des dépenses.

Des signaux indiquent qu'une amélioration de la pertinence des soins est possible. C'est un défi peut-être plus difficile qu'en chirurgie car la pertinence d'un examen d'imagerie est plus complexe à aborder puisqu'elle est multifactorielle ; il y a le sujet de l'âge, du sexe, des caractéristiques et antécédents du patient, des symptômes faisant l'objet de l'examen. Les techniques d'imagerie évoluent rapidement et les attentes des patients sont fortes de pouvoir bénéficier d'examens complémentaires à très court terme. La crainte d'une mise en cause de la responsabilité médico-légale peut inciter des médecins à recourir à des examens complémentaires non indispensables. Les modèles de financement actuels ne prennent pas pleinement en compte la qualité et la pertinence.

²³ Loi de financement de la sécurité sociale.

Programme d'actions de la DGOS :

- Céphalée chronique
- Suspicion de sinusite
- Lombalgie chronique
- Toux chronique
- Douleurs abdominales non caractérisées de l'enfant
- Douleurs pelviennes non aiguës chez la femme
- Dysurie chez l'homme
- Suspicion de phlébite
- Douleur abdominale aiguë (urgence chirurgicale)

La démarche nécessite des données mais leur seule analyse ne permet pas d'affirmer la pertinence. Il faut aussi analyser les pratiques. C'est ce que fait la DGOS avec un programme d'actions (voir ci-dessus) établi avec le G4, le CMG, la FSM et la HAS. En 2016, la DGOS a ainsi proposé aux régions de constituer des équipes pour analyser les pratiques sur la base de situations cliniques fréquentes, posant des difficultés en ville ou en externe à l'hôpital.

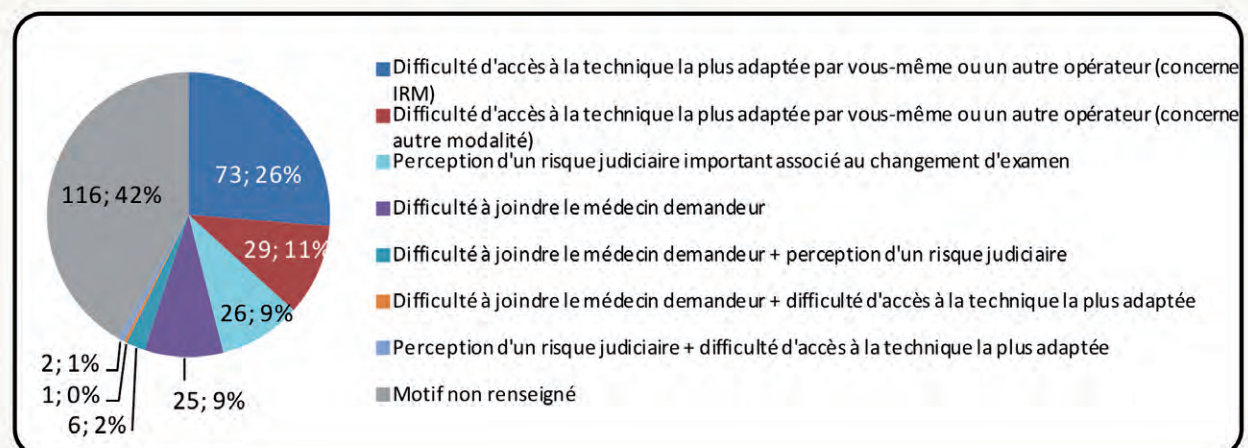
Pour chaque situation clinique, la société savante a établi une grille identifiant l'examen d'imagerie le plus pertinent. Des questionnaires (générique ou par examen), ont été renseignés par les médecins généralistes et radiologues participants.

Trois régions se sont investies avec la participation de 42 généralistes et 86 radiologues. Au total, 1 011 demandes d'examens ont été analysées.

Dans 18% des cas, les demandes reçues par les médecins radiologues ne comprennent aucun des renseignements nécessaires.

Même après interrogatoire complémentaire par les médecins radiologues, les demandes correctement renseignées ne représentent que 18% du total.

• Les MR font peu de modification par rapport à ce qu'ils auraient souhaité ...Pourquoi ?



Seules 40% des demandes contiennent l'information sur les examens antérieurement réalisés.

9% des demandes d'examen donnent lieu à modification par les radiologues. Mais, selon les médecins radiologues, 27% des examens réalisés ne sont pas ceux qu'ils auraient souhaité faire. Dans la plupart des cas (42%), les médecins radiologues n'ont pas renseigné pourquoi ces modifications n'ont pas été effectuées. Dans les autres cas, c'est la difficulté d'accès à la technique la plus adaptée qui est donnée comme explication ou la difficulté à joindre le médecin demandeur.

Pour les éventuels examens supplémentaires, dans 37% des cas, le radiologue attend l'avis du généraliste. A contrario, dans un tiers des cas, il réalise d'emblée les examens supplémentaires sans forcément connaître la finalité de l'examen initialement demandé.

Finalement, la correspondance des examens réalisés avec ceux identifiés comme les plus pertinents pour l'indication retenue dans la grille d'analyse est inférieure à 50%. Autrement dit, plus de la moitié des examens réalisés ne correspond pas aux examens préconisés dans le référentiel.

Plus de la moitié des médecins demandeurs participants ne connaît pas le GBU²⁴. Parmi ceux qui le connaissent, seulement un tiers l'utilise. 66% des médecins ne l'utilisent pas, soit parce qu'il est difficilement utilisable en temps réel, soit pour d'autres raisons non précisées.

Pour les deux-tiers, les médecins demandeurs n'ont pas de difficultés sur les examens d'imagerie qu'ils sollicitent. Pour le tiers restant, les difficultés concernent une forte demande du patient, la mise à jour des connaissances des médecins demandeurs compte tenu de l'évolution rapide des techniques et le délai d'obtention des rendez-vous.

Les conclusions de cette enquête

Plusieurs suggestions ont été formulées lors de cette enquête.

- L'évolution du GBU vers une version simplifiée et adaptée et, peut-être, une porte d'entrée différente. Le GBU tend à confirmer un diagnostic que, souvent, le médecin demandeur n'a pas.
- La hiérarchisation des examens dits pertinents pour que les médecins sachent quoi demander en cas d'indisponibilité, par exemple, d'un équipement.
- L'amélioration de l'accès à l'IRM et à l'échographie. C'est la raison pour laquelle la DGOS accompagne l'augmentation du nombre d'équipements IRM d'année en année.

²⁴ Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.

²⁵ Organisation de coopération et de développement économique.

²⁶ Objectif national des dépenses de santé.

- Une amélioration des comptes rendus.
- Différentes actions comme l'informatisation du process, des rencontres entre confrères avec des propositions de formation, des lignes directes, des accès directs pour les rendez-vous et la réception de tous les comptes rendus d'imagerie par messagerie sécurisée.

La DGOS a retenu, avec le G4, le CMG, la FSM et la HAS, plusieurs axes de travail.

- L'informatisation du process ; il s'agit notamment d'étendre à la ville la dématérialisation des demandes d'examens déjà réalisée à l'hôpital.
- L'évolution du GBU autant sur la forme que sur le fond pour une utilisation plus facile.
- La sensibilisation des médecins pour que leurs demandes soient plus précises et l'information auprès des radiologues sur leurs droits, le cas échéant, à modifier l'examen demandé et à réaliser des examens supplémentaires.

L'information doit aussi être donnée aux patients qui sont pénalisés si une partie de l'offre d'imagerie est consacrée à des actes non pertinents.

LA PERTINENCE DES ACTES VUE PAR LA FHF

(David Gruson)



David Gruson

Le sujet de ce séminaire met la Fédération Hospitalière de France face à ses discours puisqu'elle a, depuis longtemps, posée la pertinence des actes comme une thématique forte, mais, dans le même temps, la Fédération a toujours été la défenderesse de la tarification à l'activité, considérée quelques fois comme une incitation à

produire du volume d'actes et, parfois, de la non pertinence.

Un récent rapport de l'OCDE²⁵ évalue à 20% les dépenses de santé des pays adhérents qui pourraient être évités par une meilleure organisation et une meilleure évaluation des actes. Appliqués à l'ONDAM²⁶, ces 20% représentent 40 milliards d'euros ce qui permettrait de ramener à l'équilibre l'assurance maladie.

Certains pays ont réussi à construire des mécanismes de valorisation de la pertinence des actes

très sophistiqués. L'expérience la plus aboutie est celle du système de santé Intermountain Healthcare dans l'Utah aux Etats-Unis. Le financement a évolué d'un dispositif en groupes homogènes de séjour à un financement aux actes pertinents et non-pertinents. Le mécanisme va de pair avec une redistribution des gains et des dépenses de santé évitées par la valorisation de la pertinence des actes. Le modèle de l'Utah correspond à un objectif possible pour notre système.



Intermountain est adossé à un financement assurantiel privé mais il a intégré des mécanismes de solidarité publique Medicare et Medicaid. La valorisation de la pertinence

et la redistribution partielle des gains faits sur le financeur public ou privé est compatible avec des mécanismes assurantiers et assistantiels publics existants par ailleurs.

C'est ce que porte la plate-forme de propositions que la Fédération Hospitalière de France a rendu publiques à l'occasion de l'élection présidentielle. La pertinence est un des chantiers prioritaires des cinq années à venir ; la FHF demande au futur président de la République d'en faire une priorité en santé publique.

A l'échelle des nouveaux territoires de santé comment, demain, inciter les acteurs à développer des pratiques de meilleure qualité, des actes plus pertinents et les aider à récupérer une partie des gains ? C'est cette logique que nous essayons de promouvoir dans la campagne sur le déverrouillage des actes de télémedecine, téléconsultation, téléexpertise, téléradiologie, en tentant de l'inclure dans un raisonnement par la pertinence. Ce déverrouillage permettrait de réaliser des gains, d'éviter des flux de transport sanitaire et des passages aux urgences avec une mobilisation des plateaux techniques hospitaliers plus faible.

Dans le dispositif actuel T2A, les incitations à éviter du séjour hospitalier sont très faibles. Les expériences conduites jusqu'à maintenant, comme le dispositif IFAQ²⁷, restent marginales. La FHF porte une vision plus large en partant du terrain et des acteurs, s'appuyant sur les bases de données disponibles.

Différents acteurs parlent de pertinence mais sans se coordonner les uns avec les autres, peut-être parce que les rôles de chacun ne sont pas suffisamment définis. La FHF veut s'associer à la démarche qui vient d'Amérique du Nord dénommée « Choosing Wisely », qui

veut dire « Choisir avec soin ». Cette démarche, pragmatique, vise à identifier, à partir de constats cliniques remontant des services, des sujets de pertinence à analyser. Nous recourrons aussi aux réseaux spécialisés et en particulier le réseau FHF cancer avec des thèmes comme la chirurgie du cancer colorectal.

Nous voulons proposer à nos adhérents et à nos partenaires, ainsi qu'à vous, de mettre à l'ordre du jour, chaque année, deux thématiques fortes de pertinence des actes, des activités et des structures.

La plate-forme de la FHF porte un regard sur la pertinence, non seulement des actes médicaux, mais également des activités et des structures, pour se mettre en mode territorial et tenter d'en déduire un certain nombre d'orientations et de préconisations pour adapter les structures, les reconverter, voire les fermer. Notre méthode consiste, en sollicitant notre réseau de groupements hospitaliers de territoire, à analyser la pertinence, à l'échelle d'une dizaine de territoires, sous le prisme médico-économique, mais aussi sous le prisme de méthodes d'évaluation par les pairs, dans un esprit de dialogue et d'ouverture sur la ville.

Nous déduisons des investigations complémentaires et des pistes correctives, que l'on soumettra aux autorités, au ministère, à la Haute Autorité de Santé.

Dans une étude passée sur les taux de césarienne, la FHF avait constaté les écarts mais sans en déduire, de manière partagée avec les acteurs du secteur privé, avec la médecine de ville, des éléments correctifs ou des propositions d'adaptation convergents avec le secteur privé, la médecine de ville, ou spécifiques au secteur hospitalier. Nous souhaitons, aujourd'hui, essayer de porter des propositions avec nos partenaires. Pour 2017, nous pourrions travailler sur une thé-

“ Comment, demain, inciter les acteurs à développer des pratiques de meilleure qualité, des actes plus pertinents et les aider à récupérer une partie des gains ? ”



Le Service public hospitalier : une exigence pour la République
La République, une exigence pour le service public hospitalier



²⁷ Incitation financière à l'amélioration de la qualité.

matique de l'imagerie car nous sommes sensibilisés, comme vous, à la question de l'accessibilité aux examens, IRM et échographie. Comment coupler ce thème au déverrouillage de la téléradiologie ?

Nous sommes dans une approche de la pertinence des actes, des activités et des structures. Nous sommes confiants sur le fait qu'en dégagant ces éléments de consensus professionnel et en travaillant en bonne intelligence avec le secteur privé et le secteur libéral, les recommandations qui sortiront de la matrice Ministère-HAS auront davantage de force et seront plus facilement acceptables.

Il ne faut pas oublier les questions de responsabilité. Concernant la téléradiologie et la télémedecine, le fait de garder un système bloqué conduit à faire des actes non-pertinents mais à avoir aussi des comportements de prise en charge non-éthiques, particulièrement pour les personnes âgées ou handicapées ; il sera très vite considéré comme non-éthique de contraindre, faute d'accès à une prise en charge à distance en télémedecine, une personne âgée atteinte de troubles neurodégénératifs à se déplacer sur un plateau technique, alors que ce déplacement pourrait être évité. Si nous arrivons à traiter, sur les cinq prochaines années, une quinzaine de domaines d'activité de nos structures, nous aurons fait œuvre pratique et nous serons sortis de l'incantation théorique.

PERTINENCE DES ACTES EN ECHOGRAPHIE

(Dr. Jean-Christophe Delesalle)



Dr Jean-Christophe Delesalle

Quelques données relatives à l'échographie

L'imagerie médicale représente 49% de la dépense des actes techniques en CCAM. L'échographie pèse pour 34% des actes d'imagerie et 45% des montants remboursables.

L'évolution des dernières années

montre une progression croissante et forte du nombre d'actes d'échographie. En radiologie conventionnelle, les fortes décotes tarifaires ont eu un effet pervers sur le volume des actes. L'IRM est en progression, liée à l'augmentation du parc.

L'évolution des dépenses remboursables montre une progression constante de l'échographie dont la courbe a croisé celle de la radiologie conventionnelle.

Le marché se répartit à 30% de radiologues, 30% de cardiologues, 20% de gynécologues et 20% de divers, principalement les urgentistes et les généralistes.

Échographie Abdominale	€
France	56,70
Belgique (acte + consultation)	106,4
Suisse	97,8
Allemagne	25,9
Italie	32,7
Moyenne européenne	65,70
Ecart France vs Europe	9 (- 14%)

Valeur de l'écho abdominale

La valeur des actes d'échographie en France est en général inférieure à la moyenne européenne. Par exemple, l'échographie abdominale est de 56,7 € en France pour 65,7 € en Europe.

La progression de l'échographie est forte mais principalement réalisée par des non radiologues avec 52% du volume des actes et 62% de leur valeur. Une grande partie est réalisée en autoprescription ce qui pose la question de l'intégration de l'échographie dans l'acte clinique avec une valeur donnée, puisque, parfois, certains cliniciens substituent à leur acte clinique un acte d'échographie. Une autre solution pourrait être de donner une cotation spécifique à une échographie d'expertise demandée par un autre clinicien.

Le principe de la décote de la valeur de l'examen échographique réalisé avec un appareil de plus de sept ans a déjà été posé il y a une dizaine d'années, mais il ne s'est rien passé depuis. On pourrait s'interroger sur les classes d'appareils, comme en scanner ou en IRM, dans la mesure où il existe des échographes à moins de 10 000 € avec une seule sonde et d'autres à plus de 120 000 € avec quatre connecteurs pour cinq à six sondes dont certaines spécialisées. Une décote pourrait aussi être envisagée en cas d'absence de maintenance (10 à 12% par an du coût d'achat) et de contrôle qualité des appareils.

Un compte rendu doit être exigé pour chaque examen ce qui n'est pas toujours le cas. Il est pourtant obligatoire pour tout acte d'imagerie.

Il faut éviter le développement d'une offre d'échographie low-cost dans l'intérêt des patients.

La pertinence certes, mais pas que la pertinence

Pertinent vient du latin per tinere : « tendre complètement vers » ou « aboutir à ».

La pertinence est à distinguer de la performance et de l'efficacité. La performance est la recherche d'un résultat optimal dans un domaine donné. L'efficacité est la capacité individuelle ou collective, d'individus ou d'une machine, à utiliser au mieux les moyens mis à disposition : elle introduit donc la notion du

rapport résultats sur ressources mobilisées et donc celle de coût. Le radiologue, pour chaque examen, doit donc réfléchir en termes de pertinence, de performance et d'efficacité.

Comment fait-on le choix de la modalité ?

Ce choix est complexe et dépend d'abord du problème médical posé, mais encore faut-il qu'il le soit. Le taux de 18% de demandes d'examen non renseignées pré-

senté dans une enquête récente est surprenant. Dans ma pratique, je suis largement au-dessus de cette valeur. D'où la nécessité d'une réflexion sur l'informatisation de la demande d'examen d'imagerie mais elle est

techniquement complexe à mettre en œuvre.

Un autre paramètre est l'apport technologique de la modalité sachant que toutes suivent des évolutions exponentielles.

Le choix dépend aussi de la disponibilité de la machine, son existence dans la structure et les délais de rendez-vous.

Le rapport bénéfice/risque est à prendre en compte. Il peut être lié à la modalité notamment en cas d'exposition ionisante, ou aux facteurs de comorbidité du patient, à savoir son âge, l'existence d'une allergie, d'un diabète, d'insuffisances rénales ou cardiaques, etc. Il faut enfin tenir compte des avantages secondaires d'une technique (radiologie interventionnelle) et des contraintes externes comme la pression exercée par les patients ou les risques médico-légaux que nous opposent parfois les correspondants.

Devant un problème médical donné, si la modalité est disponible dans des délais acceptables (selon qu'il s'agit d'un examen programmé, d'une urgence vraie ou relative) et en l'absence de contre-indication, tous ces critères rentrent en ligne de compte pour juger de ce qui est pertinent, performant et efficace : l'examen qui remplit intégralement ces trois qualités est alors considéré comme idéal. Mais en pratique, chaque technique répond plus ou moins à ces qualités. Or, tout est affaire de perspective, car la vision du demandeur et du radiologue n'est pas nécessairement celle de l'État ou des organismes payeurs. Les deux premiers ont une approche plutôt centrée sur le patient. Les deux autres ont davantage une approche de régulation budgétaire. Il serait cependant irresponsable que les demandeurs et les radiolo-

gues fassent fi de la régulation. A l'inverse, l'État et les payeurs devraient plus souvent viser l'intérêt premier des patients.

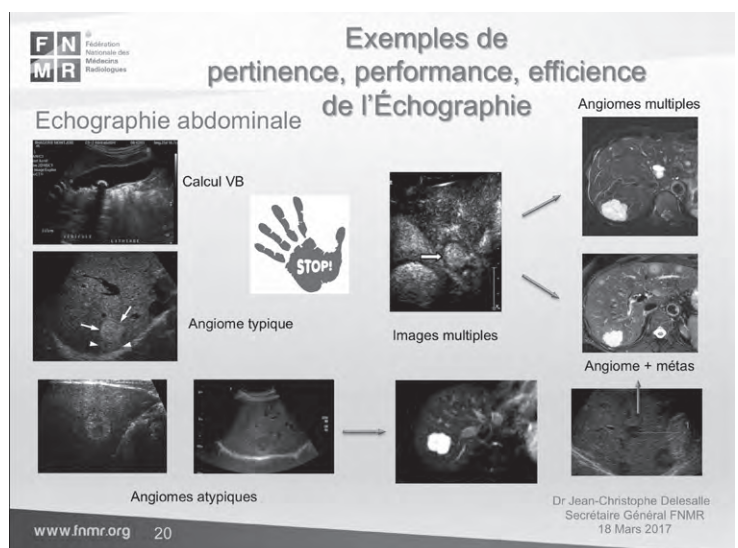
Il faut aussi prendre en compte le facteur temps ; ce qui est valable à un instant ne le sera peut-être plus à un autre moment, selon les évolutions technologiques et l'état du patient.

L'échographie est par ailleurs souvent critiquée pour son caractère opérateur-dépendant, mais elle l'est comme tout acte médical ou non médical. Elle est aussi patient-dépendant : certaines personnes de très forte corpulence sont paradoxalement « échogènes ». À l'inverse, d'autres d'une extrême maigreur « passent mal ». L'échographie est aussi machine-dépendante : on ne peut pas être aussi performant sur une machine à 10 000 € que sur une à 120 000 €.

Quelques exemples :

Selon les pathologies, l'échographie pourra se suffire à elle-même, l'exemple type étant celui de l'échographie abdominale en matière de calcul vésiculaire où l'on n'a besoin de rien d'autre. C'est l'examen par définition efficace, pertinent et performant.

Dans d'autres cas, l'examen échographique devra être complété par une autre technique, scanner ou IRM. Certaines métastases (cancer carcinoïde notamment) peuvent être hyperéchogènes et simuler des angiomes multiples banals. À l'inverse, certains angiomes découverts par hasard peuvent être atypiques, hétérogènes voire hypoéchogènes. Vous pouvez donc être amenés à faire une IRM pour faire la part des choses.



En pathologie musculo-squelettique, l'échographie parfois réalisée en première intention peut difficile-

ment se passer d'une confrontation avec la radiologie standard.

Pour l'épaule par exemple, en dehors des cas de tendinite très inflammatoire en doppler, il n'est pas toujours possible de faire la part devant un foyer échogène non absorbant entre une simple tendinose et une authentique calcification bien objectivée en radiographie.

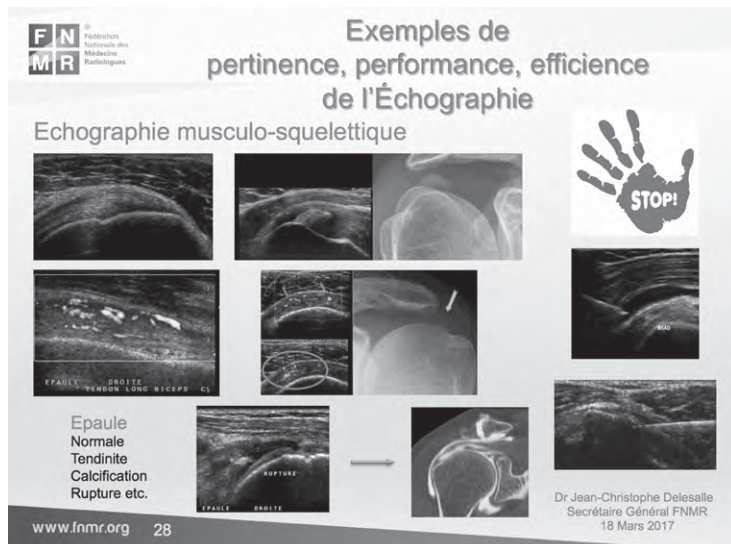
Si certaines ruptures de coiffe sont évidentes en échographie, d'autres sont plus difficiles à diagnostiquer. Dans ce cas, il faudra passer la main à l'examen de référence à savoir l'arthroscanner, d'autant que peu de chirurgiens opèrent sur les seules données de l'échographie.

L'échographie permet aussi comme bénéfice secondaire de pouvoir réaliser des infiltrations à moindre coût avec une grande efficacité.

son utilité dans de nombreux domaines d'application où elle est performante, pertinente et efficiente.

Des perspectives technologiques d'avenir, comme pour toutes les autres modalités, sont réelles. On peut citer l'élastographie, l'automatisation des tirs doppler, qui peuvent encore être améliorées.

Abordons pour finir la télé-échographie : elle peut être pratiquée de deux façons. La première fait appel à des manipulateurs titulaires d'un diplôme d'acquisition d'échographie : il suffit alors de respecter la charte de télé-radiologie. La seconde est la télé-échographie robotisée où l'on utilise un bras mécanique porteur d'une sonde positionnée par un assistant non nécessairement manipulateur sur le patient. A l'autre bout de la chaîne, le télé-échographiste manipule à distance la sonde via une sonde factice tout comme un joystick avec le contrôle des images en temps réel, tout en discutant au besoin avec le patient et l'opérateur par visioconférence.



D'autres exemples sont donnés en séance dans divers domaines de la pathologie (pelvis féminin, sénologie, urologie, thyroïde, vasculaire, pédiatrie).

En conclusion, l'échographie représente une part élevée des dépenses de santé avec une croissance ancienne, soutenue et constante. L'autoprescription par des non-radiologues est importante. L'obsolescence du matériel n'est pas contrôlée ce qui génère potentiellement une échographie low-cost a fortiori face en l'absence de contrôle qualité et du respect de l'obligation de rendre un compte rendu. C'est un modèle typique d'« ubérisation » de la pratique radiologique. À l'inverse, on peut regretter l'absence de valorisation de l'échographie d'expertise. A condition d'utiliser un matériel récent d'un niveau de gamme minimal et contrôlé régulièrement, l'échographie a démontré

²⁸ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

LA PERTINENCE DES ACTES EN IRM

(Dr Jean-Charles Leclerc)



Dr Jean-Charles Leclerc

Pour l'Académie de médecine, l'acte pertinent est celui qui convient le mieux au malade à un moment donné, le plus adapté et le plus efficace, il est censé améliorer l'état de santé tout en limitant les risques et les contraintes pour le patient, et ce sous la responsabilité des médecins.

Le patient est donc au centre de l'acte pertinent mais il faut soigner mieux au moindre coût, c'est la contrainte médico-économique.

Il y a deux ans, le rapport charges et produits de la CNAMTS ²⁸, condamné par l'ensemble de la profession, faisait état de trop d'IRM dans le domaine ostéoarticulaire avec d'autres points farfelus, comme le recours à l'IRM sans radio.

Il est certain que réaliser des actes non pertinents a des conséquences : cela coûte cher et peut emboliser les machines, scanner et IRM. Le scanner peut irradier inutilement s'il n'est pas utilisé à bon escient. Le service médical rendu au patient doit être le premier critère.



Prenons l'exemple d'un cas clinique réel. On découvre un adénocarcinome du poumon chez un patient de 50 ans. Il n'y a rien sur le bilan d'extension, aucun ganglion, pas d'atteinte hépatique, pas d'adénopathie médiastinale, pas de lésion surrénalienne. Il est donc, théoriquement, opérable. Un scanner indique des métastases cérébrales, ce qui arrête tout. En RCP, ce patient, au lieu d'être pris en charge pour une chirurgie, qui est la seule chance de guérison pour lui, est dirigé vers une thérapeutique palliative, une chimiothérapie. Il décède un an après. Au cours de son suivi, la métastase cérébrale, alors qu'il avait été irradié, ne bougeait pas. Une IRM a montré que ce n'était pas une métastase cérébrale mais un angiome caverneux.

Chez ce patient, on a fait le mauvais examen. L'acte pertinent n'était pas le scanner mais une IRM cérébrale qui aurait tout de suite corrigé le diagnostic. Les expériences liées à la pertinence en Amérique du Nord peuvent nous orienter.

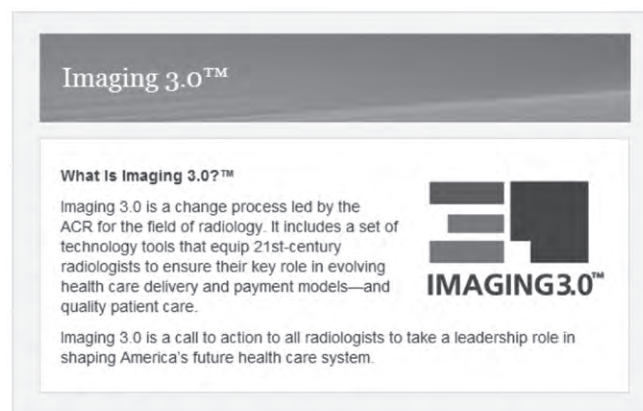
Une première méthode est celle de l'Ontario; les soins gérés. Il s'agit du déremboursement d'un certain nombre d'actes avec des « négociations » entre les organismes payeurs et les professionnels. Par exemple, l'IRM lombaire pour la lombalgie simple n'est pas remboursée lorsqu'il n'y a pas de sciatique. Une autre méthode est la mise en place d'actions visant à améliorer la pertinence, en concertation avec les professionnels. Ces actions portent sur les demandeurs d'examen avec un soutien à la décision clinique.

La mise en place de ces outils intégrés à la décision clinique est fondamentale car ils permettent, en indiquant les renseignements cliniques, d'avoir les examens recommandés en priorité avec une codification de leur pertinence. Ce système peut détecter environ 25% d'examens non-pertinents pour les lombalgies et les céphalées chroniques.

Certains outils permettent de voir la priorité dans les délais des demandes, comme au Canada où il y a une échelle de P1 à P4, qui vous indique si l'IRM doit être faite dans les 24 heures, dans la semaine ou au-delà d'un mois.

Il y a aussi un système qui permet de responsabiliser les demandeurs d'examen avec retours dans les établissements de soins dans lesquels ceux qui demandent beaucoup d'examens sont évalués par rapport aux résultats de leurs explorations.

Aux Etats-Unis, l'ACR ²⁹ a engagé une démarche, Imaging 3.0, pour recentrer le médecin radiologue sur le patient et mettre en avant son rôle central, au-delà de l'interprétation d'images, par la validation de la demande. Parallèlement, dans certains Etats,



les économies réalisées grâce aux actions de pertinence sont redistribuées pour moitié aux organismes payeurs et pour moitié aux professionnels.

Le système repose sur des études médico-économiques qui font défaut en Europe et en France.

De plus, les médecins américains disposent d'une aide à la demande d'examen intégrée, l'ACR Select, qui oriente le demandeur pour qu'il choisisse le bon examen.

Dans mon groupe dans l'Est de la France, dans le territoire d'un bassin sidérurgique encore en activité, nous nous sommes penchés sur la pertinence il y a une dizaine d'années.

Une première étude en 2006, portant sur 41 000 IRM indiquait qu'il y avait 75% de concordance entre les indications retrouvées et le GBU ³⁰. En revanche, beaucoup d'examens de scanner étaient, en fait, des indications d'IRM.

L'accès et le recours étaient très insuffisants en IRM, en cancérologie, en cardiologie et en pédiatrie.

Dans une des villes du territoire, le groupe libéral a ouvert son scanner à l'hôpital.

Nous avons ensuite argué auprès de l'ARS ³¹ que le territoire avait besoin de deux IRM et un scanner, et non pas deux scanners et une IRM, afin d'assurer la substitution et de réaliser des actes moins irradiants. L'ARS a répondu favorablement à notre demande. Dans une autre partie du territoire, le même principe a été retenu: deux IRM et un scanner.

Au total, sur un bassin de 200 000 habitants, il y a quatre IRM et trois scanners, ce qui nous rapproche de la moyenne européenne de 20 IRM par million d'habitants. La conséquence est que les patients du territoire ont plus souvent recours à l'IRM que la

“ La mise en place de ces outils intégrés à la décision clinique est fondamentale car ils permettent, d'avoir les examens recommandés en priorité avec une codification de leur pertinence. ”

²⁹ American College of Radiology.

³⁰ Guide du bon usage des examens d'imagerie.

³¹ Agence régionale de santé.

moyenne nationale. Mais en contrepartie, ils ont moins de scanners.

Le partenariat public-privé fonctionne bien grâce à une entente entre les directeurs d'hôpitaux et le groupe libéral. Les médecins libéraux participent largement à la permanence des soins dans les SAU ³² publics.

La directive Euratom 97/43 nous porte à optimiser notre pratique ; on se doit de réaliser le moins d'examen irradiants possibles. Aux États-Unis, c'est très développé avec le Choosing Wisely. En Europe, il existe un équivalent, l'HERCA ³³, qui met en avant la sensibilisation, l'adéquation et l'audit.

La nouvelle directive européenne, transcrite dans le droit français au début de l'année dernière, dont l'ASN s'occupe, va mettre en place une démarche qualité concernant la radioprotection, dans laquelle il y aura une évaluation de l'optimisation de la pratique et aussi de la justification des actes qui sera obligatoire et évaluée.

Sur notre territoire, en nous inspirant de l'expérience de Christian Delgoffe à Nancy, nous avons créé un GIE informatique, qui regroupe, sur nos différentes villes, les cabinets, les cliniques et les hôpitaux publics. Nous avons un RIS et un PACS commun avec un identifiant unique à l'échelle du bassin de population. Tous les rendez-vous en libéral sont sur un seul centre d'appel.

Des vacations d'imagerie en coupe spécialisées, comme des vacations pour la neuroradiologie, l'IRM abdominale, vasculaire, du sein, ont été mises en place. Des plages sont réservées aux semi-urgences. La prise de rendez-vous a été protocolisée, les secrétaires spécifiquement formées, ce qui permet de substituer une très grande partie de nos scanners cérébraux et lombaires.

Les patients comprennent très bien l'intérêt de la substitution pour eux.

Les séquences scanner puis IRM ont diminué, l'exposition aux rayonnements ionisants a été réduite. Ces indices ont été intégrés à notre démarche qualité Labelix.

Cette organisation permet de pallier le grave déficit en radiologues dans la région.

Il nous faut améliorer les renseignements cliniques dans les demandes. Lors de la formation initiale, il faudrait sensibiliser les internes en radiologie, mais surtout les autres spécialités, à la pertinence des demandes d'examen.

Dans notre territoire, quelques généralistes ne

demandent plus un scanner ou une IRM. Ils ne demandent plus l'acte mais une recherche de pathologie et c'est au radiologue de choisir pour le patient l'examen le plus pertinent.

Concernant la permanence des soins et la téléradiologie, il est évident que le travail à distance ne facilite pas les échanges. Il est difficile pour le radiologue de refuser de faire un examen car il y a la question de la responsabilité. De ce fait, la notion de pertinence est assez éloignée de la télé-interprétation, alors que la téléradiologie peut être faite de manière tout à fait

satisfaisante si la validation de la demande est travaillée en amont.

Sur le plan économique, il faut prendre en considération les économies générées par l'imagerie. Je fais beaucoup d'IRM de prostates.

Il y a un an et demi, elles étaient faites après biopsie, pour bilan d'extension. Aujourd'hui, elles sont faites dès l'élévation du PSA chez un patient de moins de 65 ans, avant les biopsies pour les guider.

Cela conduit à faire plus d'IRM de prostates mais des études américaines montrent qu'elles évitent un tiers des biopsies. En France, 40 000 biopsies sont réalisées chaque année. Le coût de l'IRM est réel mais l'avantage pour le patient et le gain économique global sont aussi réels.

En définitive, le rôle du radiologue est fondamental dans la pertinence. Il faut le revendiquer. Avant toute autre considération, la pertinence consiste en la prise en charge de nos patients. Il faut pour cela atteindre au moins la moyenne européenne en IRM.

“ Les patients comprennent très bien l'intérêt de la substitution pour eux. ”



LE POINT DE VUE D'UN ECONOMISTE

(Frédéric Bizard)



Frédéric Bizard

Pour le Haut Conseil de la Santé Publique *un soin est pertinent s'il correspond aux besoins du patient et à sa sécurité et qu'il est conforme aux données de la science et aux recommandations de bonnes pratiques.*

Le problème est l'interprétation

³² Service d'accueil d'urgence.

³³ Heads of the european radiological protection competent authorities

qu'il en fait ensuite : *Il existe des variations fortes entre territoires concernant la consommation de soins, les données sanitaires ou démographiques ne suffisent pas à expliquer ces différences, ce constat a induit une réflexion sur l'existence de soins non pertinents.*

Bien qu'elle soit dominante, cette approche sur la variabilité est contestable, elle consiste à dire qu'il y a une variabilité forte des pratiques médicales qui est anormale et qu'il faut harmoniser. L'objectif ne devrait pas être la diminution de la variabilité des actes, mais que chaque patient reçoive au bon moment, le bon soin, prouvé par la science. Si une telle politique réussit, il y aura une diminution de la variabilité des pratiques.

La chirurgie ambulatoire n'a pas comme objectif premier de faire des économies mais, si elle est développée, il y aura des économies. Si vous annoncez au patient et au personnel hospitalier qu'il faut développer la chirurgie ambulatoire pour faire des économies, ils pensent que cela se fait à leur détriment. C'est exactement le même problème sur la pertinence des actes. Ne pas confondre les fins et les moyens d'une politique de santé.

La Haute Autorité de Santé écrit que *la pertinence correspond à l'idée que le bénéfice attendu d'un acte pour la santé est largement supérieur aux risques, ce qui justifie de réaliser cette procédure plutôt que d'autres alternatives.*

La définition est assez étroite mais elle lui donne cinq dimensions :

- la balance entre les bénéfices et les risques,
- la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus,
- la qualité de l'intervention de santé,
- la prise en compte des préférences des patients ; il y a des cas où l'on peut hésiter entre opérer et ne pas opérer, donc, cela va générer une variabilité d'un patient à l'autre,
- la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé, qui est un autre critère important qui rend toute harmonisation très aléatoire.

La science économique n'a pas pour objectif de faire des économies. Elle est une réflexion sur la meilleure allocation des ressources possible. La CNAM reste sur un objectif comptable de contrôle de la hausse des dépenses.

Pour le ministère de la santé *un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes, nationales et internationales, pour conclure que l'objectif porte donc sur la réduction des variations des pratiques médicales.*

Mais non, ce n'est pas l'objectif. Lorsque l'harmonisation est l'objectif, c'est toujours par le bas car il y en a moins de très bonne qualité ; moins qui sont innovants ou très performants.

La pertinence des soins est une notion de risque. Il s'agit de gérer le risque de surmédicalisation, de sous-médicalisation ou du trop grand respect des recommandations. Ce principe est devenu une démarche structurée avec la médecine fondée par les preuves, la qualité des soins, qui est une recherche de pertinence, et la gestion des risques associés aux soins. Dans cette politique de pertinence, le rôle des sociétés savantes et de la Haute Autorité de Santé est primordial.

La prévention quaternaire est définie comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Dans le diabète, par exemple, on a identifié qu'il y avait souvent des suivis trop stricts de recommandations. 30 à 50% des patients chroniques ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations, soit 3 à 5 millions de patients ALD en France.

Les patients chroniques représentent deux tiers des dépenses de l'assurance maladie et il serait urgent de penser pour eux à un parcours de soins structuré, ce qui n'est toujours pas fait sauf en oncologie.

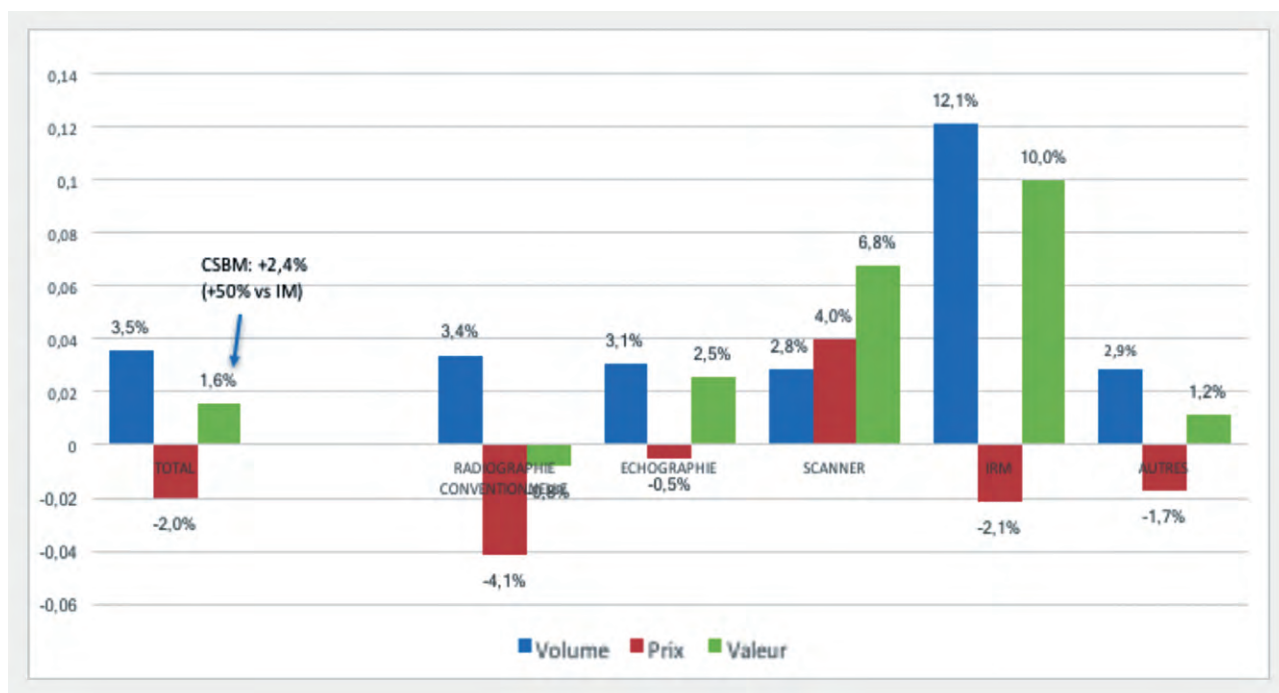
La pertinence des soins en imagerie médicale doit déjà être pensée à l'échelle de l'imagerie avant de la penser à l'échelle de la pathologie prise en charge. 20 à 30% des soins seraient non nécessaires voire dangereux (selon le Journal of American Medical Association). 30% des dépenses de santé, ce qui équivaut à 60 milliards d'euros, seraient inutiles et n'apporteraient pas de plus-value dans les soins (selon le JAMA 2012). 28% des actes ne seraient pas justifiés, selon un sondage de la FHF réalisé auprès des professionnels. L'OCDE évalue à 20% les dépenses de santé inutiles au sein des pays développés.

Ces données révèlent une certaine maturité des professionnels, leur estimation étant proche de celles des études.

Ces chiffres devraient inciter la CNAMTS à examiner les moyens d'améliorer ce taux et agir de concert

“ L'objectif ne devrait pas être la diminution de la variabilité des actes, mais que chaque patient reçoive au bon moment, le bon soin, prouvé par la science. ”

Graphique 1 - Variation annuelle moyenne par technique (2010 à 2015)



avec les professionnels de santé. Cela nécessite une grande confiance entre les parties prenantes qui est à reconstruire après des années de défiance.

En imagerie, les chiffres montrent une assez faible évolution de la répartition en volume et en valeur de l'activité. L'IRM reste autour de 5% ce qui pose problème pour cette technique "innovante" qui a déjà quelques décennies.

L'évolution des dépenses d'imagerie sur 5 ans, + 3,5% pour les volumes et -2% pour les prix, montre que la spécialité est dans le cercle vicieux de la régulation des dépenses par la baisse des prix, ce qui est un frein à l'innovation. Cette politique conduit à une hausse moyenne de 1,6% de l'imagerie alors que le taux moyen de la consommation de soins ³⁴ est de 2,4%. Le taux de croissance de l'imagerie est un des plus faibles dans les dépenses de santé.

L'étude comparative de l'imagerie en Europe ³⁵ a montré que les tarifs français sont, en général, inférieurs aux tarifs européens mais qu'en contrepartie, les scanners et IRM français ont un niveau d'activité supérieur. Le nombre d'actes par IRM est de 4400 en moyenne en Europe et de 8500 en France. Nous constatons que nous sommes au bout de cette logique et que la maîtrise de la baisse des prix par les volumes ne pourra pas continuer longtemps. Cette politique remet en cause la pertinence des actes et le maintien de la qualité.

Le bénéfice économique de cette évolution est contestable aussi bien pour le secteur que pour la collectivité. Il n'est pas favorable au développement des technologies innovantes et à l'amélioration de l'efficacité. La voie de sortie ne peut être qu'une solution associant une revalorisation des actes en échange d'une régulation de l'activité par la qualité. L'évolution du mode de rémunération doit répondre à un plan stratégique de développement des technologies et des pratiques au bénéfice de la collectivité.

La pertinence des soins en imagerie est un enjeu professionnel et légal, il faut garantir la sécurité des patients. Vous le faites tous les jours, par exemple avec la radioprotection dont le premier principe est la justification des actes.

Article R1333-57

Modifié par Décret n°2007-1582 du 7 novembre 2007 - art. 26 JORF 9 novembre 2007

Préalablement à la prescription et à la réalisation de l'acte, le médecin ou le chirurgien-dentiste procède à l'analyse mentionnée à l'article R. 1333-56. En cas de désaccord entre le praticien demandeur et le praticien réalisateur de l'acte, la décision appartient à ce dernier.

Le deuxième axe est l'optimisation des pratiques. Il est compliqué de refuser des actes vis-à-vis du demandeur. L'apport d'un système professionnel pourrait éviter ces difficultés. Il faut aussi développer le parc d'IRM pour privilégier les techniques non irradiantes. La couverture insuffisante du territoire en IRM est une des faiblesses d'une politique de pertinence des actes.

³⁴ CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

³⁵ Frédéric Bizard – L'imagerie médicale dans huit pays européens. FNMR 2015.

La législation vise, dans une première étape, la suppression des actes non justifiés puis l'optimisation des pratiques. Mais par qui ? La réponse est celle du code de la santé publique *La responsabilité finale de la justification et du choix de la technique est donnée au médecin réalisateur de l'acte, même en cas de désaccord*³⁶.

La seconde étape consiste en l'amélioration des pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie. Le GBU est fait pour cela. Mais s'il faut tendre vers des pratiques cliniques standardisées, il faut respecter la diversité et ne pas freiner l'innovation afin de passer d'une médecine basée sur l'expérience à une médecine basée sur les preuves. L'aide à la décision doit pouvoir permettre des expérimentations grâce à des protocoles de recherche encadrée par des sociétés savantes.

Si une part des examens demandés par les médecins correspondants ne pose pas de problème, les examens peu pertinents doivent être reconsidérés par les radiologues. Actuellement, il n'y a pas de "filtres" reconnus et professionnalisés dans le système.

Il faut aussi pouvoir mesurer la pertinence, condition nécessaire pour progresser.

Dissocier la pertinence et la qualité

La valeur d'un acte est le produit de la pertinence et du résultat divisé par le coût. La pertinence est essentielle. Peu importe la qualité si la raison de faire un examen est inappropriée, l'acte n'a pas de valeur. Il faut donc dissocier la pertinence de l'acte et sa bonne exécution.

³⁶ Code de la santé publique – Art R 1333-57.

Mais la pertinence n'est ni mesurée, ni valorisée. Pourtant les tutelles proclament une politique de pertinence. Il faut faire évoluer les modèles de financement en incitant à l'amélioration de la pertinence et en la rémunérant.

Cette politique nécessite des évolutions vers un modèle de paiement basé sur la valeur, dans lequel, il y a du paiement à l'acte, mais aussi d'autres sources de rémunération.

Il faut parvenir à un alignement des intérêts entre les parties (patients, médecins, tutelles) à travers un support d'aide à la décision, puis s'orienter vers de nouveaux modèles basés sur la valeur.

En conclusion, la structuration du parcours des patients ALD est une priorité de toute politique incluant la pertinence des soins. Or, à la veille de l'élection présidentielle, aucun des candidats n'a d'idées pour structurer le parcours des patients.

Il y a un enjeu majeur de gouvernance et de financement pour l'exercice libéral, c'est un enjeu de survie à long terme, voire de redynamisation, à partir d'une gouvernance basée sur la qualité, pas seulement sur l'éthique et le volume.

Qui peut le faire ? La communauté médicale, les sociétés savantes, avec le CNOM.

La politique de pertinence renforce la place du radiologue et vous pouvez être « les porteurs de drapeau » pour le promouvoir largement dans le système de santé. ■

Hommage



Dr Louis BOYER

Nous venons d'apprendre le décès le 11 mai 2017 du **Docteur Louis BOYER**, à l'âge de 95 ans. Il était médecin radiologue retraité à GIEN (45).

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

INDRE ET LOIRE

Le Syndicat des radiologues de l'Indre et Loire a procédé au renouvellement de son Bureau le 24 mai 2017 :

Présidente : **Dr Elise NEVEU** (TOURS)
Trésorier : **Dr Eric WAYNBERGER** (TOURS)

VIENNE

Le Syndicat des radiologues de la Vienne a procédé au renouvellement de son Bureau le 21 mars 2017 :

Président : **Dr Frédéric DEFAUX** (POITIERS)
Secrétaire : **Dr Thierry DIESCE** (POITIERS)
Trésorier : **Dr Philippe DESLANDES** (CHATELLERAULT)

NORMANDIE

L'Union régionale de la Normandie a procédé à l'élection de son Bureau le 29 mars 2017 :

Président : **Dr Laurent LARDENOIS** (ROUEN)
Vice-Président : **Dr Philippe MORIN** (BAYEUX)
Secrétaire : **Dr Mokrane SAHEL** (COUTANCES)
Trésorier : **Dr Olivier HURTIER** (FLERS)
Président Honoraire : **Dr Michel COURS MACH** (CAEN)

L'Union régionale de la Normandie a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 29 mars 2017 :

Titulaires :	Suppléants :
Dr Bertrand CHALLINE (14)	Dr Pascal GUINET (27)
Dr François CHAVATTE (14)	Dr Olivier HURTIER (61)
Dr Laurent LARDENOIS (76)	Dr Jean-Baptiste ROSET (76)
Dr Marc MIGRAINE (76)	Dr Mokrane SAHEL (50)
Dr Philippe MORIN (14)	

OCCITANIE

L'Union Régionale de l'Occitanie a procédé à l'élection de son Bureau le 24 janvier 2017 :

Président : **Dr Paul-Marie BLAYAC** (PERPIGNAN)
Vice-Président : **Dr Thierry BLANC** (MONTPELLIER)
Dr Jean-Louis PUECH (TOULOUSE)
Secrétaire : **Dr Eric BRUGUIERE** (TOULOUSE)
Secrétaire adjoint : **Dr Pierre MAQUIN** (PERPIGNAN)
Trésorier : **Dr Katia GIOBBINI** (NARBONNE)
Trésorier adjoint : **Dr Daniel LAGARD** (MONTAUBAN)

L'Union Régionale de l'Occitanie a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 24 janvier 2017 :

Titulaires :	Suppléants :
Dr Thierry BLANC (34)	Dr Jean-Philippe ALUNNI (82)
Dr Paul-Marie BLAYAC (66)	Dr Jérôme BENIS (34)
Dr Eric BRUGUIERE (31)	Dr Frédéric BENOIT (31)
Dr Pierre de BRUNANCHON (30)	Dr Marc BRIHAT (66)
Dr Katia GIOBBINI (11)	Dr Gilles CADEL (31)
Dr Raphaël HONIKMAN (31)	Dr François KLEIN (34)
Dr Daniel LAGARD (82)	Dr Thomas LEMETTRE (81)
Dr Alvian LESNIK (66)	Dr Pierre MAQUIN (66)
Dr Jean-Louis PUECH (31)	Dr Sophie MENJOT de CHAMPFLEUR (34)
Dr Patrick SOUTEYRAND (34)	

Le Conseil d'administration de la FNMR s'est réuni samedi 10 juin 2017.

Le Bureau national a été complété des membres composant le Bureau élargi,
élus à l'unanimité pour un mandat de trois ans.

Président :

Dr Jean-Philippe MASSON

1^{er} Vice-Président :

Dr Bruno SILBERMAN

Secrétaires généraux :

Dr Jean-Christophe DELESALLE

Dr Jean-Charles LECLERC

Secrétaires généraux adjoints :

Dr Paul-Marie BLAYAC

Dr Philippe COQUEL

Trésorier :

Dr Dominique MASSEYS

Trésorier adjoint :

Dr Jean-Charles GUILBEAU

Vice-Présidents chargés de mission :

Dr Eric CHAVIGNY

Dr Eric GUILLEMOT

Dr Robert LAVAYSSIÈRE

Dr Patrick SOUTEYRAND

Vice-Présidents chargés des relations auprès des syndicats représentatifs :

Dr Philippe ARRAMON-TUCCO (CSMF)

Dr Pierre-Jean TERNAMIAN (FMF)

Dr Jean-Louis PUECH (SML)

Vice-Présidents :

Dr Thierry BLANC
Dr Jean-Charles BOURRAS
Dr François BRUNETTI
Dr Philippe CAQUELIN
Dr Eric CHEVALLIER
Dr Alexandra COUPTEAU
Dr Alain FRANCOIS
Dr Laurent LARDENOIS
Dr Bernard WOERLY

Membres :

Dr Christian FORTTEL
Dr François JAMBON
Dr Eric MADEUF
Dr Philippe MORIN

Experts auprès du Bureau :

Dr Marianne BERR MATTEI
Dr Michel LEGMANN
Dr Pierre-François ROBACHE

A la suite de cette élection, le Bureau de la FNMR a présenté **les grandes lignes du projet** « Pour un accès de tous les patients à l'imagerie médicale moderne et de qualité » pour les cinq ans à venir.

Ce projet sera présenté lors de la conférence de presse du 29 juin 2017 et sa version définitive, après consultation nationale des membres de la FNMR, lors de la réunion d'information des Journées Françaises de Radiologie, le samedi 14 octobre 2017.

La Conseil a été informé de **l'avancée des recours** pour le retrait de l'article n° 99 et contre la suppression du Z.

Au cours de ce conseil, il a été rappelé **l'importance de l'envoi, légal, des NRD** à l'IRSN. Son absence peut être source de contrôles ASN.



Qui seront les médecins en 2040 ?

Déserts médicaux, baisse démographique pour certaines spécialités, qu'elle évolution attendre pour les prochaines années ?

Bachelet et Anguis ¹, auteurs d'une étude de la DREES ² sur la population médicale en 2040, estiment que le nombre de médecins devrait être stable jusqu'en 2020 puis progresser particulièrement chez les spécialistes. L'exercice libéral reculerait au profit du salariat et de l'exercice mixte. La féminisation et les nouveaux comportements des médecins conduisent à réduire l'offre alors que la population vieillira. En conclusion, les auteurs estiment que l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande.

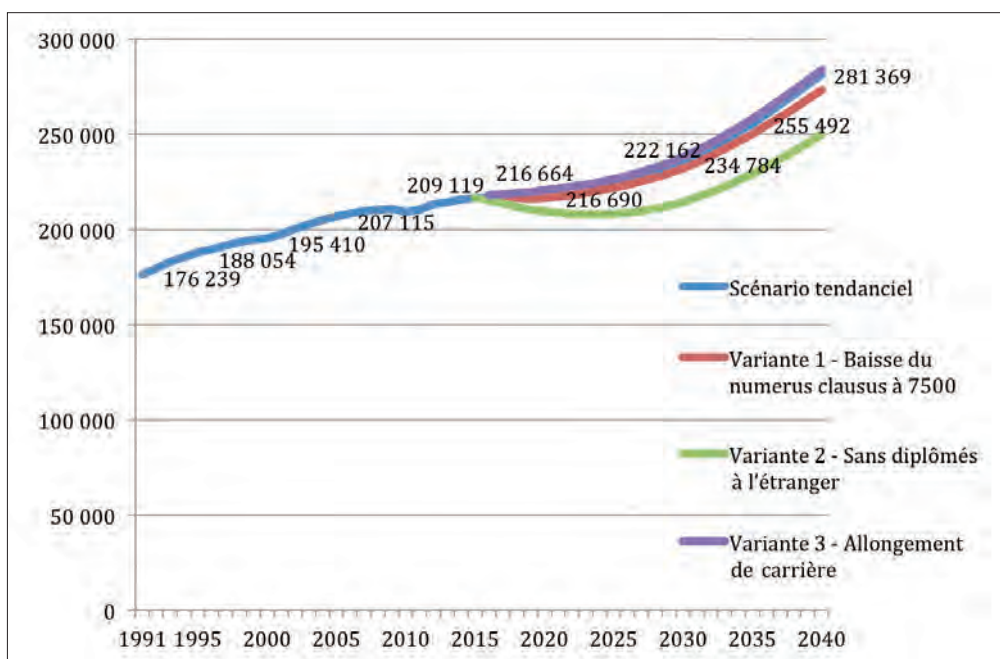


Au 1^{er} janvier 2015, le nombre de médecins en France a atteint le seuil historique de 216 700 actifs. De 1991 à 2005, la croissance du corps médical a été soutenue, supérieure à celle de la population. Depuis 2006, les effectifs ont cru moins rapidement, enregistrant même une baisse en 2010.

La réalisation du scénario tendanciel impliquerait une quasi-stabilité (-0,4%) des effectifs. La hausse des spécialistes (+0,3%) compenserait en partie la baisse des généralistes (-1,2%). Après avoir atteints le point le plus bas avec 216 200 médecins, les effectifs remonteraient jusqu'à 280 400 en 2040, soit 30% de plus qu'aujourd'hui.

L'instauration du numerus clausus dans les années 1970 induit une baisse des effectifs jusqu'en 2020, en raison des départs en retraite, puis une hausse pour la période 2021-2025 due à un relèvement du nombre d'entrants

Graphique 1 - Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et différentes variantes



Les chercheurs de la DREES ont voulu projeter l'évolution des effectifs de médecins ³ d'ici 2040 (Graphique 1) en fonction de plusieurs facteurs explicatifs de la démographie : le numerus clausus, la durée des carrières et l'installation, en France, de médecins diplômés à l'étranger.

Un scénario tendanciel a été défini qui correspond à une hypothèse de comportements constants des médecins avec un numerus clausus fixé à 8000. C'est évidemment une hypothèse "forte", personne ne pouvant assurer que les comportements seront effectivement identiques jusqu'en 2040.

¹ Marion Bachelet et Marie Anguis – Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats n° 1011 de mai 2017) DREES.

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

³ L'étude porte sur les médecins actifs de moins de 70 ans.

qui ne suffira cependant pas à compenser les départs. L'équilibre se fera avec l'installation de médecins diplômés à l'étranger.

Rajeunissement et féminisation

En 2015, 45% des médecins avaient 55 ans ou plus. Ils ne seraient plus que 22% en 2040. En conséquence, l'âge moyen, 51 ans aujourd'hui, devrait descendre à 45 ans en 2035 (Graphique 2).

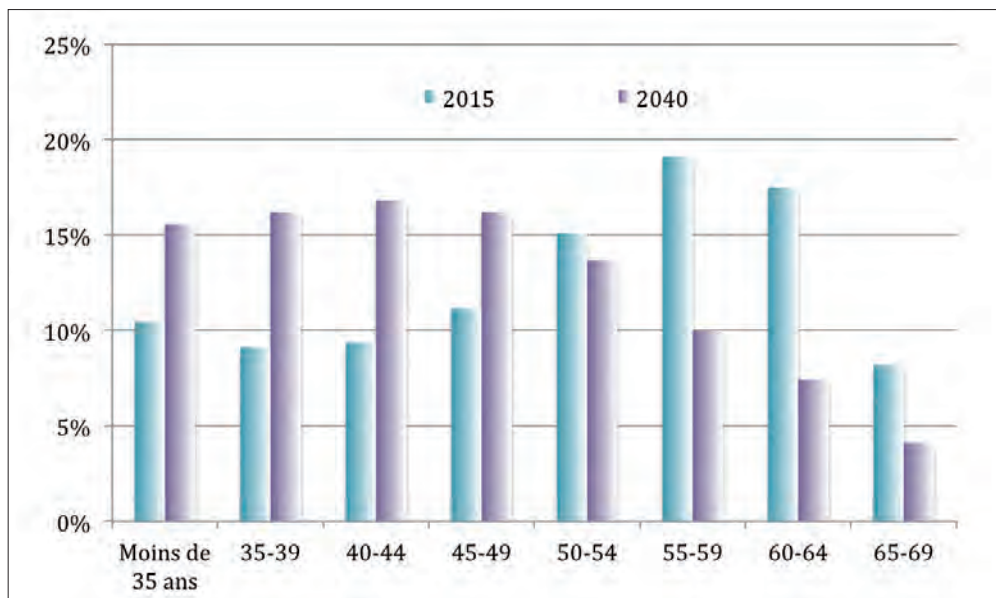
Les femmes deviendraient nettement majoritaires passant de 44%, actuellement, à 60% du corps médical en 2014.

clausus, la répartition des postes aux épreuves classantes nationales (ECN) et l'âge de départ à la retraite. Il est peu probable que l'ensemble de ces facteurs reste inchangé sur la période. L'étude n'est donc pas une prévision mais une projection qui permet d'évaluer les évolutions en fonction de certaines variables.

Le numerus clausus est une des variables dont l'effet est le plus lointain. Par exemple, une baisse à 7500 en 2016 ne produirait son effet qu'en 2025 avec un impact de 3% en 2040 par rapport au scénario tendanciel.

L'effet de la variation du numerus clausus est lointain mais puissant.

Graphique 2 - Répartition des médecins par tranche d'âge - 2015 et 2040 selon le scénario tendanciel



Plus de spécialistes

Ces dix dernières années, le nombre de médecins diplômés à l'étranger a pratiquement doublé pour atteindre 1500 par an. Leur proportion parmi les actifs est passée de 6% à 10%.

Les auteurs soulignent la difficulté d'anticiper le nombre de médecins à diplômes étrangers. Le modèle de la DREES repose sur un maintien des effectifs s'installant annuellement. Dans cette hypothèse, en 2024, ils

représenteraient 6% des médecins installés en 2016 ou après. Leur proportion monterait à 9% en 2030.

Recul de l'exercice libéral

Alors que les médecins libéraux sont aujourd'hui quasiment à parité avec les salariés avec 47% du corps médical, ils ne représenteraient plus que 38% en 2040. Les médecins à exercice mixte passeraient de 11% à 15% et les salariés de 42% à 46%. Les auteurs notent que l'évolution des effectifs salariés ne tient pas compte du nombre de postes qui pourraient être réduits en cas de contrainte budgétaire (Graphique 3 voir p 28).

C'est donc leur installation qui permettrait de maintenir le niveau démographique des médecins en activité. 80% des médecins diplômés à l'étranger sont des spécialistes. Leur arrivée permettra de maintenir les effectifs d'ophtalmologues et de radiologues qui, sinon, baisseraient de 20% entre 2015 et 2023.

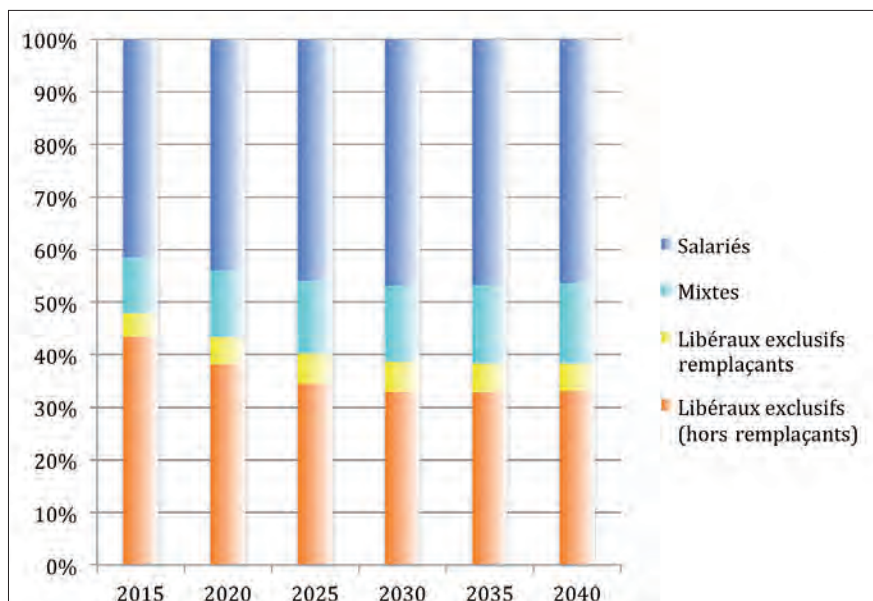
Le numerus clausus

Le scénario tendanciel a été construit sur l'hypothèse que les choix actuels de mode d'exercice, de spécialités, de régions restent les mêmes ainsi que le numerus

Cumul emploi-retraite

Depuis quelques années, et plus particulièrement 2010 avec la réforme des retraites, le cumul emploi-retraite s'est largement développé et a contribué au maintien de la démographie médicale contrairement aux projections de 2008.

Graphique 3 - Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice



Mais une première approche est possible à partir de la structure de la population et notamment de l'âge.

Jusqu'en 2025, la densité médicale (toutes spécialités confondues) baisserait plus fortement que les effectifs en raison de la croissance de la population (10% sur la période). Au-delà, la densité remonterait. En tenant compte du vieillissement de la population, les auteurs recalculent la densité qui diminuerait de 3,21 à 3,06 entre 2015 et 2025 pour remonter ensuite et retrouver en 2032 le niveau de 2015.

Baisse de l'offre des libéraux

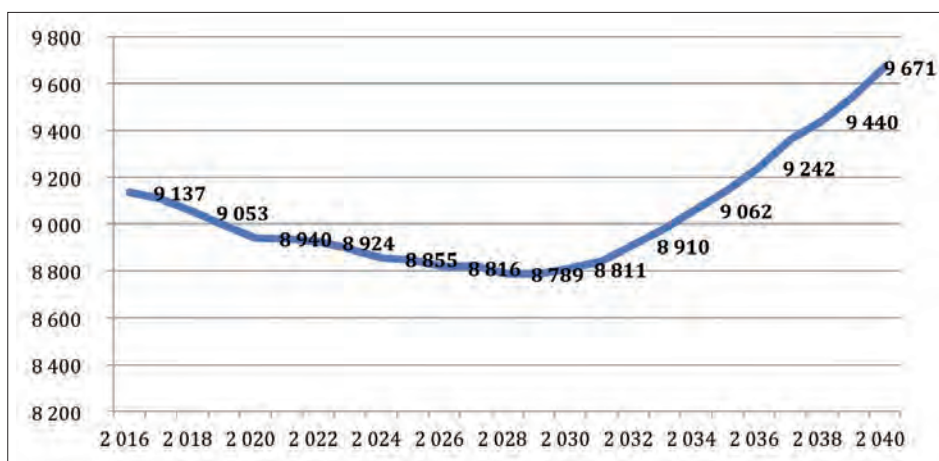
L'offre s'apprécie par le nombre de médecins mais aussi par leur temps de travail. Le rajeunissement et la féminisation

du corps médical conduisent à une baisse du temps de travail par médecin. Il en serait de même pour les médecins en fin de carrière. En combinant l'ensemble des facteurs (temps de travail, besoins en soins), les auteurs évaluent la baisse de l'offre libérale de 30% entre 2016 et 2027. En 2040, elle serait toujours inférieure de 18% par rapport à 2015.

Les radiologues

Les auteurs ont réalisé des projections de l'évolution démographique par spécialité. Pour les médecins spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale, la projection révèle deux périodes distinctes (Graphique 4). La première de 2016 à 2026 montre une baisse de l'effectif des radiologues de 3,5%. Le point le plus bas de la courbe indique qu'il n'y aurait plus que 8 789 radiologues contre 9 137 actuellement. Il ne faut pas oublier que les besoins ne cessent de croître tout au long de ces années. La seconde période verrait la remontée de la démographie pour atteindre 9 671 radiologues en 2040. Par rapport à 2016, la croissance sur les 24 années serait proche de 6%. Le maintien de la démographie des radiologues tient à l'arrivée de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.

Graphique 4 - Projection des effectifs des spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale 2016-2040



Hausse des médecins et besoins de soins

Les auteurs soulignent la difficulté d'estimer à long terme les besoins de soins et l'adéquation de l'offre en raison de l'incertitude sur l'évolution des pathologies et des modalités de leur prise en charge.

La baisse de l'offre des médecins libéraux serait compensée par la hausse du nombre des médecins salariés ou mixtes. Au final, l'offre de soins de l'ensemble des médecins baisserait de 3% entre 2016 et 2019. Elle serait même de 9% entre 2016 et 2023 en tenant compte de tous les facteurs (âge de la population). Elle ne retrouverait le niveau actuel qu'en 2035. ■

BRACCO. Votre spécialiste en imagerie de contraste.

PX 0416 - 02/16 • conception **bretcom.com**



CT Exprès™ 3D

INJECTEUR AUTOMATIQUE UNIQUE POUR SCANNER



SIMPLICITÉ



SÉCURITÉ



RAPIDITÉ

Injecteur à 3 voies **sans seringue** pour une gestion du temps optimale

UN INJECTEUR INNOVANT

- ▶ 3 voies : - 2 voies pour le produit de contraste*,
- 1 voie pour le sérum physiologique
- ▶ Injection à partir de tous types de flacons de produits de contraste,
de 50 à 200 mL (verre, plastique)
- ▶ Asepsie maîtrisée sans transfert de produit

UNE CONCEPTION UNIQUE

- ▶ Système clos stérile
- ▶ Pression positive
- ▶ Unidirectionnel

UN SYSTÈME SÉCURISÉ

- ▶ Sécurité Air - détecteurs sur ligne patient
- ▶ Sécurité Pression - détecteur sur ligne patient
- ▶ Sécurité Contamination - pas de rétrocontamination,
pas de contamination croisée ou environnementale**

* 1 patient = 1 flacon



Les prochains programmes DPC

DPC mixtes avec une journée présentielle :

- **Perfectionnement en IRM mammaire**
Mardi 27 juin 2017 - Paris
(présentiel + non présentiel)
Intervenants : Dr L. Ceugnart, Dr I. Doutriaux-Dumoulin, Dr A. Tardivon
- **Gestes d'urgence en radiologie : Prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire**
Vendredi 06 octobre 2017 - Paris
(présentiel + non présentiel)
Intervenants : Dr C. Fortel, deux médecins urgentistes, un professionnel titulaire de l'AFGSU.
- **L'endométriose : quand y penser, comment la diagnostiquer, et quels traitements ?**
Vendredi 20 octobre 2017 - Paris
(présentiel + non présentiel)
Intervenants : Dr E. Petit, Dr E. Sauvanet
- **Sémiologie échographique de la pathologie pelvienne de la femme**
Vendredi 10 novembre 2017 - Paris
(présentiel + non présentiel)
Intervenant : Dr E. Petit

DPC en e-learning :

- **Hygiène et prévention des infections en imagerie médicale**
Du mercredi 06 septembre au mardi 26 septembre 2017
(programme de 4 heures)
Intervenants : Dr F. Lair, Dr A. Lashéras-Bauduin
- **Les Vigilances dans un service d'imagerie médicale : Mise en œuvre pratique**
Du mercredi 20 septembre au mardi 10 octobre 2017
(programme de 4 heures)
Intervenants : Dr F. Lair, M. X. Galus

Les prochains programmes FMC

Management et gestion d'une entreprise radiologique

Formations destinées aux médecins radiologues et à leur personnel *

- **Mieux se comprendre, mieux comprendre les autres pour adapter sa posture managériale**
Jeudi 21 septembre 2017 - Aix-en-Provence
(présentiel)
Intervenants : Dr E. Chavigny, Mme F. Dutournié-Lamothe
- **Travailler son efficacité relationnelle pour gérer les tensions et conflits interpersonnels dans son organisation**
Vendredi 22 septembre 2017 - Aix-en-Provence
(présentiel)
Intervenants : Dr E. Chavigny, Mme F. Dutournié-Lamothe
- **Stratégie patrimoniale du médecin radiologue**
Mercredi 15 novembre 2017 - Biarritz
(présentiel)
Intervenants : Dr Eric Chavigny, Mme V. Cardonne, M. J.-C. Dalis, M. D. Vallet
- **Stratégie patrimoniale immobilière professionnelle**
Jeudi 16 novembre 2017 - Biarritz
(présentiel)
Intervenants : Dr E. Chavigny, Mme V. Cardonne, M. J.-C. Dalis, M. D. Vallet

* Les formations du personnel peuvent faire l'objet d'une demande de prise en charge auprès d'Actalians.

Depuis 1994, plus de 55 448 professionnels
formés et 1 548 formations

FORCOMED - FORCO FMC est à votre écoute :
info@forcomed.org - Tél : 01.53.59.34.02 – Fax : 01.45.51.83.15



Rejoignez-nous
fb.com/forcomed

Les prochains programmes DPC

DPC en e-learning + webinar

Webinar : réunion virtuelle en direct suivie de questions-réponses

La partie e-learning est constituée d'une évaluation des pratiques et des acquis basés sur vos dossiers personnels.

► Mesure de la longueur cranio-caudale et de la nuque du fœtus au 1^{er} trimestre

Du 04 septembre au 19 octobre 2017 : e-learning

+ **Mardi 19 septembre 2017 : webinar** (de 20h à 21h15 suivi des réponses en direct à vos questions)

Intervenant : Dr P. Coquel

► Tomosynthèse et dépistage du cancer du sein

Du 06 septembre au 31 octobre 2017 : e-learning

+ **Mardi 26 septembre 2017 : webinar** (de 20h à 21h15 suivi des réponses en direct à vos questions)

Intervenant : Dr P. Coquel

Les prochains programmes FMC

Dépistage du cancer du sein

Formation destinée aux médecins radiologues

► Mammographie numérique : Organisation du dépistage, contrôle qualité et lecture des mammographies

(enseignement précédé d'un module théorique réalisé en e-learning)

Du 05 septembre au 22 septembre 2017 : e-learning

+ **Mardi 03 octobre 2017 - Paris : présentiel**

+ du 06 octobre au 16 octobre 2017 : e-learning

Intervenants : Dr C. Fortel, Dr A. Tardivon

► Mammographie numérique : Organisation du dépistage, contrôle qualité et lecture des mammographies

(enseignement précédé d'un module théorique réalisé en e-learning)

Du 05 septembre au 22 septembre 2017 : e-learning

+ **Mercredi 04 octobre 2017 - Paris : présentiel**

+ du 06 octobre au 16 octobre 2017 : e-learning

Intervenants : Dr L. Ceugnart, Dr B. Borens



Rappel des forfaits en vigueur et des règles de financement du DPC (Développement Profes- sionnel Continu) pour 2017 :

- Chaque médecin a la possibilité de suivre 21 heures de formation, dont 10 heures maximum pour du non présentiel.
- Le médecin perçoit une indemnisation à titre de compensation pour perte de ressources (45€ par heure de formation suivie, présentielle ou à distance), les coûts pédagogiques sont financés par l'ANDPC.

👉 Rendez-vous sur :

WWW.FORCOMED.ORG

créez votre compte et inscrivez-vous
sur les programmes de votre choix,
rubrique **DPC Radiologue**



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10648 30 Cherche successeur – Bagnols/Cèze (30 mn d'Avignon, 45 mn de Nîmes, 1h de Montpellier) – Cause retraite – SELARL 6 assoc. rech. success. – Tps plein 3 j/sem – 2 sites + scan, IRM, activités polyvalentes, mammo. tomosynth.

› Contact : Dr TARRIT
Tél : 06.98.15.92.76
Email : dominiquetarrit@hotmail.fr

10734 69 Cession de cabinet – Lyon – Cause retraite – cède cab. de ville, conviendrait à 1 tps plein ou 2 tps partiels – Matériel récent : table télécommandée capteur plan (mi 2012), salle d'os, pano. dentaire, ostéodensito., mammogr. capteur plan (mi 2012), échogr. (2012). Fin des leasing 12/2017. Vac. IRM et scan

› Contact : 06.59.93.61.67 -
Email : echoradiolyon@gmail.com

10774 20 Cherche successeur – Haute Corse – Grpe 6 radiols rech. successeur associé.

› Contact : Dr MARMOUSET
au 06.86.93.37.57
Email : eric.marmouset@wanadoo.fr

10775 36 Cherche collaborateur (trice) – Châteauroux – SELARL 4 radiols, rech collaborateur(trice) en vue assoc. Radio conv, mammo, écho, scanner, IRM 3 tesla, cône beam. Pas d'astreinte, pas de garde.

› Contact : Dr SOUNNI
au 06.98.83.40.74
Email : scpradiologie@live.fr

10776 76 Cherche collaborateur ou associé – SELARL rech. collaborateur ou assoc. Cabs ville, pôle santé avec clin. chir. ambu. Activité polyvalente plateau technique neuf, 2 scanner, 2 IRM.

› Contact : Dr MORIAUX
au 06.85.66.72.89 ou 06.65.05.76.04

10777 95 Cherche associé/remplaçant – Bezons – Cause départ retraite, rech. assoc. Activité radio gén., ostéo-articulaire et de la femme, 2 salles radio, 2 salles écho. mammo num FUGI., Pacs AGFA. Vacations scanner et IRM.

› Contact : Dr DUPARLOIR
au 06.47.35.81.28
Email : imageriebezons@gmail.com

10778 06 Cherche successeur ou collaborateur – Cause retraite 2018, cab 2 assoc., rech. successeur. Radio conv, écho, mammo, TDM, IRM. Possibilité rempl. et collaboration.

› Contact : Dr ROMAGNAN SANTINI
au 06.21.56.31.38
Email : santinice@orange.fr

10779 83 Cession de cabinet – Cause retraite fin 2017, cède cab ville. Table télécommandée, salle os, ostéo, mammo num capteur plan 2014, écho 2012, fin des leasing. Vacations scanner, IRM, 12h sans garde. Possibilité collab. ou rempl.

› Contact : Dr BAILLY
au 06.11.05.06.49 ou 04.94.60.76.12
après 20h sauf mardi
Email : didier.bailly365@outlook.fr

10780 56 Cherche remplaçant en vue d'association – Vannes – Grpe 14 Assoc. rech. remplaçant en vue d'assoc., cab de ville, activité clinique, 2 scan-

ners, 2 IRM, mammo num.
› Contact : 02.97.62.57.21
Email : b.bodolec@riva56.fr

› Vous pouvez consulter les annonces sur le site internet de la FNMR : <http://www.fnmr.org/>

› Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.

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 IMPRIMERIES

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2017
ISSN 1631-1914

ADHÉRER À LA FNMR, C'EST DÉFENDRE VOTRE EXERCICE LIBÉRAL



Notre syndicat sera d'autant plus fort que nous serons nombreux.
Venez nous rejoindre, nous devons agir ensemble !

