

Le Médecin Radiologue de France

Mars 2019

422

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

IRM
des délais
inacceptables

FNMR :
CA janvier 2019
page 04



/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org



Fake new n° 2

Produits
de contraste

PROTOCOLES 100 KV ET 80 KV EN SCANNER ABDOMINAL AVEC INJECTION

FAKE NEWS :

- « Votre scanner ne permet pas de travailler à 100 KV et encore moins à 80 KV »
- « Vous aurez trop de bruit dans l'image »
- « Il n'y a que les scanners spectraux qui peuvent le faire ».

La réalité :

Tous les scanners ayant la reconstruction itérative peuvent travailler à 100 KV voire à 80 KV pour les gabarits normaux ou petits. Cela concerne la quasi-totalité des scanners utilisés en France quelque soit leur nombre de barrettes. Il n'y a pas besoin d'avoir un scanner spectral pour adopter ces protocoles.

La technique :

L'iode injecté absorbe les rayons X et permet de visualiser les vaisseaux et les tissus vascularisés. Cette absorption est maximale lorsque l'énergie des photons X rencontrant les atomes d'iode est de 33,2KeV. Cette capacité d'absorption diminue très rapidement lorsque l'énergie des photons X augmente. Cette énergie est liée au Kilovoltage utilisé : 120 KV correspondent à environ une énergie de 80 keV, 100 KV à 66 keV et 80 KV à 53 keV. Cette baisse permet de réduire la dose de rayons X mais augmente le bruit par diminution du nombre de photons émis. Les techniques de reconstruction itérative et très bientôt les techniques liées à l'intelligence artificielle permettent de compenser cela et de garder un rapport signal au bruit constant voire amélioré.

Réduire le kilovoltage permet de réduire la dose de rayons X reçus par le patient et la dose de produit de contraste administré. Depuis plusieurs années ces effets bénéfiques ont été publiés dans de multiples revues par de nombreuses équipes et remis d'actualité avec l'avènement des scanners spectraux. Mais pratiquement TOUS les scanners peuvent bénéficier de ces protocoles permettant de réduire la dose de rayons X et de contraste.

EN RÉSUMÉ :

- Demandez à vos ingénieurs d'application des scanners de mettre en place les protocoles abdominaux injectés à 100 KV et 80 KV avec modification des paramètres d'acquisition (modulation automatique variant selon les constructeurs), optimisation de la reconstruction itérative et des fenêtres de visualisation. Un constructeur le fait déjà depuis mi-décembre 2018. Réduisez alors les doses de produit de contraste entre 20 et 40% en contrôlant le rehaussement hépatique au temps portal (≥ 110 UH ou 50 UH de plus que sans injection).
- Vous diminuez les doses de RX et de contraste en améliorant la prise en charge des patients.

Intravenous contrast medium administration and scan timing at CT: considerations and approaches.

Bae KT - Radiology. 2010.

Whole-body CT with high heat-capacity X-ray tube and automated tube current modulation-effect of tube current limitation on contrast enhancement, image quality and radiation dose.

Kanematsu M, et al - Eur J Radiol. 2015

Determination of optimal intravenous contrast agent iodine dose for the detection of liver metastasis at 80-kVp CT.

Goshima S, et al - Eur Radiol. 2014

Reducing iodine load in hepatic CT for patients with chronic liver disease with a combination of low-tube-voltage and adaptive statistical iterative reconstruction.

Noda Y, et al - Eur J Radiol. 2015

Minimally Required Iodine Dose for the Detection of Hypervascular Hepatocellular Carcinoma on 80-kVp CT.

Goshima S, et al - AJR. 2016.

Incompréhension et irresponsabilité !

La dernière réunion technique avec la Caisse nationale d'assurance maladie a montré que **les objectifs de pertinence attendus en matière de produits de contraste étaient très en dessous des attentes** : seulement 39% des économies espérées.

Ce mauvais résultat est incompréhensible et irresponsable.

Toutes les études internationales (reprises dans les fiches publiées par la FNMR) montrent qu'on peut et même qu'on doit **réduire de 30% volume et/ou concentration d'iode** lors des scanners. De nombreuses présentations sur ce sujet, confirmant ces nouvelles pratiques, viennent d'ailleurs d'être faites lors de l'ECR (European congress of radiology) qui vient de se dérouler à Vienne.

Ceci est rendu possible par **l'évolution de la qualité des détecteurs** installés sur nos équipements.

L'optimisation nécessite une modification des protocoles des examens qui doivent être réalisés à 100 Kv. Les constructeurs ont développé ces **nouveaux protocoles et les implémentent** sur tous les scanners qui en font la demande.

Comme on pouvait le craindre, **certains laboratoires produisant ces produits de contraste sembleraient connaître des soucis logistiques** (ruptures de stock, pénuries temporaires jamais connues, par exemple de 300 à 100 ml avec seulement les 350 à 150, voire les 400 à 150 disponibles), ou exercer d'autres pressions plus directes

Nous ne devons pas céder, la concurrence continuera à jouer et les laboratoires maintiendront leurs conditions.

Cependant, la non réalisation de l'objectif prévu entrainera, comme vous le savez, **des baisses importantes des forfaits techniques** qui, elles, impacteront directement nos structures. Notre profession a réclamé la mise en œuvre de la pertinence des actes depuis plusieurs années car elle était sûre de pouvoir remplir son engagement dans ce domaine.

Il est encore temps d'inverser la tendance ! un sursaut de ceux qui n'ont pas encore modifié leurs habitudes de prescription est indispensable et urgent.

Il en est de même pour les actions **de pertinence sur la radiologie standard**. Si les chiffres concernant la lombalgie sont prometteurs, ce n'est pas encore le cas pour l'abdomen sans préparation, le crâne et le thorax.

Organisez des réunions avec vos correspondants les plus proches, prenez directement contact avec eux, envoyez-leur par email les fiches pertinence de la FNMR !

Nous avons, au bout de plusieurs années, enfin obtenu **un plan de maîtrise médicalisée** et non de baisses tarifaires absurdes et délétères pour nos structures. **Il serait irresponsable et incompréhensible de ne pas réussir dans cette voie** qui est celle d'une meilleure prise en charge de nos patients. ■



Dr Jean-Philippe Masson,
Président de la FNMR.

Mars 2019

422

Fake new n°2	p. 02	IRM : des délais inacceptables	p. 12
FNMR : Conseil d'administration janvier 2019	p. 04	Petites annonces	p. 16
Vie syndicale	p. 10		

Annonces : FORCOMED p. 11 • GUERBET p. 05 • LABELIX p. 16

• Directeur de la publication : Dr Jean-Philippe MASSON • Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE • Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT •

• Édition, 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 : Aliénor Consultants • Maquettiste : Marc LE BIHAN •

• Crédits photos : Fotolia.com • ALBEDIA IMPRIMEURS : Z.I. Lescudilliers, 26, rue Gutenberg 15000 AURILLAC • Dépôt légal 1^{er} trimestre 2019 • ISSN 1631-1914 •

Produits de contraste : Le compte n'y est pas

En introduction de la réunion du Conseil d'administration de janvier, le président de la FNMR, Jean-Philippe Masson, présente le résultat de l'élection au bureau national de la Société Française de Radiologie (SFR) comprenant neuf radiologues libéraux membres de la FNMR dont Eric Guillemot, trésorier de la société savante.

I. Point politique et syndical

La pertinence



Dr Jean-Philippe Masson

Jean-Philippe Masson fait le point sur la mise en œuvre du protocole signé avec la Caisse d'assurance maladie et sur les actions de pertinence.

Dans un premier temps, étant donné l'enjeu, la Fédération s'est focalisée sur la lombalgie. Les résultats de cette action sont encourageants. L'action sur le crâne, le thorax et l'ASP sera lancée à partir de ce mois de janvier. Il s'agit de rappeler les recommandations qui sont déjà anciennes mais ont peut-être été un peu oubliées. Du côté des CPAM, de nombreuses caisses n'ont pas encore commencé leur campagne d'information auprès des généralistes. C'est dire que dans certains départements, l'action de la caisse commencera, au mieux, avec huit mois de retard.

Les résultats sur les produits de contraste sont très décevants. En IRM, les résultats semblent positifs. En revanche, les données de la CNAM ne montrent pas d'évolution sur les produits iodés. Pour les radiologues, cet objectif est, a priori, le plus facile à atteindre puisqu'il s'agit d'adapter les ordonnances pour prescrire en diminuant les doses et les concentrations conformément aux recommandations internationales.

Philippe Coquel a rédigé plusieurs articles documentés pour présenter les nouveaux protocoles. Il a également réalisé une fiche synthétique facile à utiliser. L'expérience révèle plusieurs obstacles plus ou moins attendus. Il a fallu, dans un premier temps, que les groupes modifient leurs prescriptions ce qui a pu prendre du temps en fonction du calendrier de réunions des associés des groupes.

Il y a également des difficultés pour l'adaptation des nouvelles prescriptions avec certains injecteurs. Les examens doivent être réalisés avec des protocoles à 100 kilovolts et il y a aussi un temps d'adaptation des constructeurs pour modifier les protocoles dans les scanners. Les industriels, que la FNMR a rencontrés récemment, ont affirmé que leurs équipes techniques étaient en train de changer les protocoles sur tous les scanners. Si nécessaire, il faut que les radiologues relancent les ingénieurs d'application pour qu'ils viennent le faire dans leurs cabinets.

Dans la chaîne, les pharmacies peuvent ne pas disposer des conditionnements nécessaires et remettre à des patients des concentrations ou des volumes plus importants que ceux prescrits. Enfin, certains laboratoires peuvent ne pas disposer des conditionnements requis pour des raisons diverses. Il a ainsi été constaté des pénuries temporaires, par exemple de 300 à 100 ml. Seuls les 350 à 150 voire les 400 à 150 étaient disponibles. L'insuffisance de résultats sur les produits de contraste a pour conséquence que les doses injectées aux patients ne sont pas optimales. De plus, si les économies sont insuffisantes, la Caisse procèdera à des baisses tarifaires et notamment de forfaits techniques. Il appartient aux radiologues de faire un choix : s'engager dans la pertinence en particulier sur les produits de contraste ou subir des baisses tarifaires.

Jean-Charles Guilbeau, trésorier national adjoint, souligne que dans les Hauts

Membres de la FNMR élus au bureau de la SFR

Sophie Aufort
Philippe Coquel
Eric Guillemot
Robert Lavayssière
Jean-Charles Leclerc
Jean-Philippe Masson
Emmanuel Museux
Jacques Niney
Coralie Sicard

de France et en particulier dans le Pas-de-Calais, les caisses ne jouent pas le jeu. Lors de deux Commissions Paritaires Locales, il a demandé où en étaient la pertinence, les visites des DAM, etc. La réponse est que les responsables des caisses ont rencontré le président régional

de la FNMR mais qu'il ne s'est rien passé depuis. Localement, on ne ressent aucune volonté d'avancer de la part des caisses.

Henri Le Penndu fait valoir, qu'à l'inverse, en Bretagne, les représentants des CPAM ont été très réceptifs. Il ajoute que les économies à dégager sur les produits de contraste sont faciles à réaliser et invite tous les cabinets à y participer.

Jean-Charles Leclerc annonce un DPC en elearning pour les généralistes sur le crâne, le thorax et l'ASP. Une version destinée aux réunions locales est en finalisation. Il est à noter que là aussi les caisses n'ont pas toujours lancé leur campagne. Ainsi, le président FNMR de l'Aude qui a été contacté par un DAM a reçu l'information sur la lombalgie mais rien sur le crâne, thorax, ASP.

Jean-Philippe Masson informe le Conseil qu'il a saisi le directeur général de la CNAM afin d'envisager une rencontre pour faire un bilan de ce qui fonctionne

« L'insuffisance de résultats sur les produits de contraste a pour conséquence que les doses injectées aux patients ne sont pas optimales. »



XENETIX®

lobitridol

La solution d'injection prête à l'emploi au scanner

**KITS XENETIX®
AVEC NÉCESSAIRE D'ADMINISTRATION**



- Préparation simple et rapide
- Parcours patient optimisé

Guerbet | 
Contrast for Life

Les présentations Xenetix® 300 et 350 en poche sont indiquées en Tomodensitométrie. Conformément à la stratégie thérapeutique recommandée par la HAS, les explorations radiologiques utilisant Xenetix® se font selon le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale réactualisé en 2013 par la Société Française de Radiologie. <http://gbu.radiologie.fr>. Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65 % - Agréé aux Collectivités. Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur la base de données publique des médicaments et/ou sur le site guerbet.fr. Guerbet France s'engage, au travers de sa politique qualité, au respect de la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments ainsi que son référentiel. La visite médicale Guerbet France se tient à votre disposition pour répondre à toute question relative aux règles de déontologie de l'entreprise.

Système d'injection bi-poches de produit de contraste, réservé uniquement à l'usage des professionnels de santé. Fabricant FlowSens® : Medex. CE0459. Dispositif médical non remboursable de classe IIb conforme aux exigences de la directive 93/42/CE. Pour une information complète, consulter le manuel utilisateur. Chaque opérateur qui utilise un injecteur FlowSens® doit avoir suivi une formation à son utilisation.

et de ce qui ne fonctionne pas. Il faut envisager une communication commune afin de relancer et d'amplifier les actions y compris au sein des Caisses d'assurance maladie. Le Directeur a donné son accord pour cette rencontre. Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'en l'absence de résultats probants le risque est grand de se voir imposer à nouveau des baisses tarifaires pour compenser les moindres économies obtenues.

Par ailleurs, la Caisse et le gouvernement prônent la pertinence et préparent des accords de ce type avec d'autres spécialités. Il nous faut donc prouver que le chemin que nous avons initié marche.

Le DMP ¹

Un autre sujet est en discussion avec la CNAM, celui du DMP dont elle a la responsabilité. Les radiologues sont au centre de la démarche diagnostique et du parcours de soins via les images qu'ils génèrent et les comptes-rendus qui y sont associés. Il paraît en théorie relativement facile d'alimenter le DMP avec les comptes-rendus radiologiques. Il reste à s'assurer d'abord que les RIS sont effectivement DMP compatibles ce qui n'est manifestement pas encore le cas pour tous les éditeurs, et ensuite qu'ils développent les applications correspondantes. Le point sera fait avec l'enquête informatique que mène annuellement Jean-Christophe Delesalle, secrétaire général, et qui portera cette année sur les RIS et sera publiée en juillet dans notre Revue.

Le président indique que le déploiement du DMP est une obligation légale, comme les mises à jour de la CCAM, et que son implémentation dans les logiciels ne devrait théoriquement ainsi pas faire l'objet d'une facturation dédiée de la part des éditeurs.

Jean-Christophe Delesalle complète le propos en indiquant que trois éditeurs représentent 80% du marché d'après les données de la CNAM. Si certains éditeurs ont obtenu leur agrément en version V1 auprès de l'ASIP Santé, ce n'est pas encore le cas pour la version V2 (enfants et autres ayants-droits). En outre, cet agrément pour le DMP ne suffit pas, il faut qu'ils soient incités fortement par la CNAM et l'ASIP Santé à mettre à jour les logiciels pour intégrer les fonctionnalités ad hoc (création, visualisation et alimentation). Le secrétaire général les réunira prochainement pour préparer cette

étape. Il importe que l'intégration du module DMP se fasse de manière transparente pour le radiologue tant sur le plan fonctionnel, afin que le compte rendu parte au DMP en même temps qu'il soit imprimé ou envoyé par messagerie sécurisée une fois validé, que financier (à coût 0).

Le président conclut le débat sur la pertinence en insistant pour que les radiologues relancent leur caisse locale si celle-ci n'est pas venue les rencontrer. Il faut les informer qu'outre la lombalgie, d'autres actions sont développées. Un document de la FNMR, disponible sur le site, recense toutes les actions de pertinence.

II. Téléradiologie



Dr Jean-Christophe Delesalle

Jean-Christophe Delesalle présente la nouvelle version de la charte de téléradiologie dont il a contribué à la mise à jour en collaboration notamment avec le Pr Pierre Champsaur ², dans le cadre de la commission téléradiologie de la SFR et du Conseil National Professionnel de la radiologie (G4).

A l'origine, il y avait deux textes. Le premier, la charte de téléradiologie elle-même qui concerne l'éthique, avec une première version éditée en 2009 validée et reprise par la DGS ³, puis une deuxième mouture en décembre 2014, éditée en 2015, et cosignée par le CNOM ⁴. Le deuxième document, le cahier des charges, portait sur les bonnes pratiques. Les deux documents présentaient beaucoup de redondances ce qui a conduit à les regrouper en un seul. Cette nouvelle version de la charte tient compte de l'expérience acquise lors de l'audit édité dans la Revue de la FNMR ⁵ faisant un état des lieux de la téléradiologie en France et des dérives constatées à cette occasion.

TÉLÉRADIOLOGIE UN CONTRE-EXEMPLE

Un appel d'offres, lancé récemment par la centrale d'achat RESAH (réseau des acheteurs hospitaliers) s'est conclu pour des « prestations de téléradiologie » par la signature de 3 contrats pour des montants de 280 millions sur 4 ans, visant à mettre à disposition des hôpitaux des outils de téléradiologie, en PDES et en soins programmés.

Tout est donc fait pour que les radiologues locaux soient écartés du système sans même en être avertis. C'est une dérive totale par rapport à la Charte de téléradiologie.

Ce marché a été dénoncé par le Conseil professionnel de la radiologie (G4).

Les cinq sociétés à dimension nationale qui ont été auditées sont toutes commerciales, SAS ou SARL.

Autre constat, les demandeurs – quasi exclusivement des hôpitaux – excluent presque systématiquement les radiologues libéraux du territoire lors de leurs appels d'offre, en se tournant vers ces sociétés, souvent pour des raisons dogmatiques d'opposition entre un directeur ou un président de CME et les radiologues libéraux locaux.

Un véritable dumping tarifaire s'instaure souvent alors, avec des dérives majeures tant pour la valeur des actes de téléradiologie – souvent sous-évalués par rapport à la CCAM car certaines sociétés proposent des tarifs dégressifs selon le volume d'examen interprétés –, que pour les frais de télétransmission qui devraient être à la charge de l'établissement demandeur comme le rappelle la charte.

D'autres dérives sont constatées dans la rédaction des contrats signés entre les intervenants, notamment l'assimilation de l'acte médical de téléradiologie à une « prestation de service ». Il ne faut pas oublier qu'une prestation de service est

« En l'absence de résultats probants, le risque est grand de se voir imposer à nouveau des baisses tarifaires. »

¹ Dossier médical partagé

² AP-HM Marseille

³ Direction générale de la santé

⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins

⁵ Revue du Médecin Radiologue de France n°415 Juillet 2018

soumise à TVA à l'inverse d'un acte médical. On y voit aussi apparaître souvent le terme de « prescription » des examens d'imagerie et non leur demande. Bien souvent, aucune procédure ne prévoit le moindre contrôle de la demande d'examen, tournant ainsi le dos à la démarche de pertinence des actes voire aux règles de radioprotection. Par ailleurs, de véritables détournements d'activités ont pu être observés, avec des actes différés en PDES et interprétés par des sociétés de téléradiologie. La nouvelle version est l'occasion de rappeler que les sociétés qui transforment la téléradiologie en commerce conduisent inévitablement à une certaine forme d'ubérisation de l'acte radiologique. La téléradiologie doit s'inscrire dans le territoire et mettre en relation les établissements et les radiologues qui exercent à proximité. C'est le principe de subsidiarité territoriale.

Jean-Christophe Delesalle cite pour conclure une boutade d'un économiste : « À chaque innovation, les Américains en font un commerce, les Chinois une copie, les Européens et surtout les Français une législation ». Sans être partisan du tout réglementaire, force est de reconnaître que dans ce cas, la réglementation pourrait éviter ces dérives. La nouvelle charte va être prochainement présentée au Conseil National de l'Ordre pour cosignature comme la version précédente. Mais il faudrait aussi qu'elle devienne opposable légalement, ce à quoi s'attache la Fédération.

Un administrateur s'interroge sur la compatibilité avec la nouvelle charte du fait qu'un cabinet périphérique qui solliciterait un groupe pour que tout ou partie de son activité soit reprise par ce dernier en téléradiologie. Jean-Christophe Delesalle répond que la charte vise surtout à éviter les dérives constatées par les pratiques de certaines sociétés de téléradiologie commerciales. Dans ce cas d'un accès point à point, même si les principes de la charte sont valables, il n'y a aucun problème puisque l'activité va se développer en lien avec le petit cabinet ou un établissement avec des radiologues locaux qui contrôleront la conformité des processus mis en place avec la charte. Les radiologues n'ont du reste nul besoin de faire appel à ces sociétés commerciales s'ils disposent ou développent des infrastructures informatiques pour faire de la téléradiologie de point à point.

Marc-Sylvain Migraine fait part de l'expérience du groupe du Havre avec les hôpitaux périphériques de Dieppe et de Saint-Lô. La téléradiologie a créé une sorte de spirale vertueuse. Il a été constaté que d'être simplement en téléimagerie créait un manque. Aujourd'hui, deux associés assurent une présence sur place, à Dieppe, deux jours par semaine, alors qu'au départ ce n'était pas prévu. La raison pour laquelle les hôpitaux ne font pas appel aux radiologues locaux est un mystère alors que le partenariat avec eux est essentiel.

Jean-Philippe Masson ajoute que ce ne sont pas nécessairement les radiologues hospitaliers qui s'opposent à ces coopérations locales mais les directions d'hôpitaux.

Gilbert Leblanc fait valoir que le principe de subsidiarité de proximité devrait jouer d'abord avec les radiologues locaux et, dans le cas où ceux-ci ne peuvent pas répondre passer au niveau départemental puis régional. Il note que le poids des directeurs d'hôpitaux a été renforcé par les responsabilités que certains ont acquises dans le cadre des GHT⁶. De ce fait, ils ont l'appui des ARS⁷.

III. Démarches qualité



Dr Jean-Charles Leclerc

Jean-Charles Leclerc, en sa qualité de président de la commission de labélisation, détaille les différentes démarches qualité et accréditation qui sont actuellement développées.

En préalable, il livre les résultats du sondage réalisé auprès des radiologues dans la Lettre Informatique avec la question suivante : « Acceptez-vous une accréditation, et laquelle ? ».

- 33 % aucune. C'est à dire que 33 % des répondants n'en veulent pas ;
- 8 % sont pour une démarche de type COFRAC ;
- 50 % pour une démarche de type LABELIX ;
- 8 % ne savent pas trop de quoi il est question.

Le sujet est effectivement complexe puisqu'il n'y a pas moins de six démarches qualité qui se télescopent :

LABELIX. C'est une amélioration du parcours de la prise en charge du patient mais aussi, indirectement, une amélioration du fonctionnement des structures d'imagerie. LABELIX est issu de la profession. C'est aussi un outil de management des structures. Une nouvelle version paraîtra dans quelques mois, en lien avec la deuxième démarche qui est la décision ASN.

La décision ASN, c'est la transcription, dans le droit français, d'une directive européenne (2013/59).

Elle limite au champ de la radioprotection, la mise en place d'une assurance qualité obligatoire. Autant avec LABELIX, l'adhésion est volontaire, autant la décision ASN va s'imposer à tous les radiologues, du moment qu'ils utilisent les rayons X, donc la radio conventionnelle, la radio interventionnelle, la mammographie, le scanner.

Un groupe de travail du Conseil professionnel de la radiologie (G4) a amendé certains points. La décision devrait entrer en vigueur au mois de juillet prochain. Il y aura alors une obligation de mise en place d'une assurance qualité dans le champ de la radioprotection. Pour faire simple, cela veut dire mettre en place les deux derniers chapitres de Labelix (9 et 10). Les sites déjà labellisés n'auront aucune difficulté. C'est de l'ISO 9001.

La troisième démarche est menée **via le G4 et officiellement, la SFR, avec la DGS⁸ et l'AFNOR**, pour écrire un nouveau référentiel. Pourquoi ne pas reprendre Labelix ? Parce que le ministère veut ajouter une couche d'évaluation des pratiques, là aussi dictée par une directive européenne qui va imposer en imagerie, à terme, des audits par les pairs sur la partie médicale.

Les démarches qualité sont des contraintes mais elles protègent également la spécialité. La décision ASN⁹ sera incluse dans le référentiel AFNOR ainsi que la téléimagerie, peut-être prélude à l'opposabilité de la charte.

Une fois validé, cet accord sera transformé en norme et soumis à l'Europe.

La quatrième démarche est **la modification des régimes d'autorisation**, a priori limitée à l'imagerie en coupe. Il y aura une assurance qualité obligatoire. Le G4 a obtenu la fusion des travaux de la DGOS¹⁰ et de ceux menés avec la DGS, donc l'accord AFNOR.

⁶ Groupement hospitalier de territoire

⁷ Agence régionale de santé

⁸ Direction générale de la santé

⁹ L'ASN a annoncé qu'une fois la norme effective et obligatoire, elle se retirerait et que la démarche serait auditée par les pairs.

¹⁰ Direction générale de l'offre de soins

La cinquième démarche est celle du **COFRAC**, organisme dépendant de Berçy. Il a réalisé le référentiel en biologie qui a été extrêmement déstructurant pour la profession. Il est très lourd et couteux dans sa mise en œuvre avec un audit annuel entre autre par des qualificateurs. Son coût est extrêmement élevé et les audits assez déconnectés de la pratique.

La profession, au travers du Conseil professionnel (G4) a dénoncé cette démarche totalement inadaptée à la radiologie. La FNMR appelle les radiologues à ne pas participer aux travaux de développement de cette norme.

L'accréditation des équipes est une approche développée par Jean-Paul Beregi qui s'occupe de gestion des risques depuis très longtemps. C'est un projet qui a été porté par la SFR. Les libéraux y participent aussi.

L'accréditation des équipes implique, quand survient un événement indésirable, sa déclaration à la structure ad-hoc qui est sous l'égide de l'HAS. L'événement est évalué par un expert qui donne une recommandation d'action corrective. L'accréditation peut être utile pour les équipes qui pratiquent la radiologie interventionnelle.

Finalement, il appartient au ministère de décider. A priori, le choix se porterait sur le référentiel développé avec l'AFNOR. Il reste dans tous les cas une grande incertitude sur ceux qui auditeront le référentiel. Encore une fois, nous ne pouvons que recommander aux radiologues de s'engager dans la démarche Labelix.

IV. FORCOMED

Jean-Charles Leclerc conserve la parole en sa qualité de président de Forcomed. En 2018, Forcomed a créé 25 nouvelles formations. Ce développement continue avec, par exemple une formation pour se préparer à la décision ASN.

Le *Cône Beam* est dématérialisé pour le niveau 1, pour les manipulateurs. Il se fait en e-learning. Le niveau 2 est en présentiel.

C'est une philosophie que développe FORCOMED en proposant des formations qui sont soit courtes, soit de niveau 1 en e-learning et ensuite, des ateliers de perfectionnement pour aller plus loin. Le DPC nodules thyroïdien a été le best-seller en 2018. Un nouveau cours sur l'échographie d'épaule est développé.

Parmi les formations à venir, il y aura un

e-learning sur l'IRM dans le domaine de l'endométriose, qui vient compléter les ateliers, une formation spécifique en mammo, et, pour les généralistes, une formation pour la pertinence des demandes en crâne, thorax, ASP.

Il y a aussi des formations présentielles, dans les cycles management « Préparer une succession » au mois d'avril, la téléradiologie en DPC, présentée par Jean-Christophe Delesalle, etc.

Forcomed va développer de nouveaux formats électroniques, inaugurés par la thyroïde.

Toutes ces formations, et d'autres, sont annoncées sur le site de Forcomed.

V. DRIM France IA



Dr Bruno Silberman

DRIM France IA ¹¹, présenté par Bruno Silberman qui préside son directoire, est directement issu du séminaire FNMR 2018 sur l'intelligence artificielle.

Pour faire des outils d'imagerie artificielle, il faut de la donnée. Or, la profession dispose d'importantes données puisque les radiologues ont une culture du stockage numérique. L'enjeu est majeur pour le diagnostic, la recherche ou l'enseignement. Il est aussi majeur pour l'avenir de la profession.

DRIM a donc été créé à l'initiative de la FNMR, puis du G4.

DRIM a l'ambition de devenir l'interlocuteur incontournable sur les outils d'IA en imagerie afin que la profession puisse attribuer un label aux outils développés pour la radiologie.

DRIM a vocation à organiser l'accès aux données qualifiées, c'est à dire associées aux comptes rendus. Il ne s'agit pas d'un PACS géant mais d'une application permettant de collecter des données spécifiques pour un développement, de les qualifier tout en garantissant le respect de la réglementation sur les données médicales.

La France dispose d'un avantage considérable sur les Etats-Unis qui ne peuvent collecter les données que par « silo », c'est à dire en achetant les données d'un établissement. En conséquence, les bases américaines présentent une forte

homogénéité de population. En France, grâce au numéro unique, il sera possible au contraire possible d'accéder à l'ensemble des données couvrant une large population hétérogène.

DRIM a vocation à travailler avec le Health Dat Hub, organisme créé par l'Etat pour assurer la compatibilité des bases de données.

DRIM a répondu à un premier appel d'offres. Si DRIM peut démontrer sa capacité à organiser l'accès à des données qualifiées, en public et en libéral, il s'inscrira au cœur des outils qui se développeront pour la profession. Qu'auront les radiologues en échange ? Si des outils sont développés, il y aura une discussion autour du prix ou de la gratuité pour ceux qui auront contribué en fournissant leurs données. La profession disposera d'une capacité d'agir sur la manière dont les données sont utilisées. Nous serons donc amenés à vous solliciter dans une région ou deux pour vous inviter à participer au premier développement de DRIM.

DRIM est un instrument qui nous permettra de discuter des outils à développer pour l'imagerie, de leurs modalités de diffusion. C'est un enjeu majeur pour la discipline et pour la profession.

Jean-Philippe Masson indique qu'il a demandé au SNITEM ¹² de ne pas démarcher les radiologues pour leur proposer d'acheter leurs données. DRIM créé un éco-système au sein duquel se dérouleront les échanges de données. Comme l'exprime un administrateur, l'accès aux PACS serait libéré uniquement pour des structures estampillées DRIM.

VI. La Nouvelle Aquitaine

Le PIMM d'Agen

Jean Charles Bourras expose la situation née de la première demande d'autorisation de PIMM ¹³ en France déposée par le Centre Hospitalier d'AGEN.



Dr Jean-Charles Bourras

A l'origine la profession avait promu le PPC ¹⁴ devenu POSIM ¹⁵ pour favoriser la coopération Public-Privé. Une première inscription dans la

¹¹ Data Radiologie Imagerie Médicale France Intelligence Artificielle

¹² Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

¹³ Plateau d'imagerie médicale mutualisé créé par la loi santé du 26 janvier 2017 de modernisation de notre système de santé.

¹⁴ Projet professionnel commun

¹⁵ Pole sectoriel d'imagerie médicale

loi FOURCADE n'avait pas eu de conséquence concrète du fait d'une durée d'autorisation trop courte. Ils ont été repris dans la loi de Santé de 2016 sous le nom de PIMM.

Le décret d'application du 17/01/2018 prévoit que le PIMM doit être autorisé par l'ARS après avis consultatif de la CSOS¹⁶ pour une durée de 5 ans. Les acteurs publics et privés dont au moins un établissement de santé mettent en commun matériel +/- personnel sous conditions de respect du PRS¹⁷, de la PDSES et du projet du GHT (Ainsi le PIMM ne peut être constitué entre des libéraux et un CH local que si le CH support du GHT n'est pas en mesure d'assurer les besoins). Les rémunérations médicales peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles et il n'y a pas d'indication sur le type de structure juridique à privilégier.

Le PIMM du CH d'AGEN présenté à la CSOS de Nouvelle Aquitaine en décembre 2018 avec avis favorable de l'ARS détourne ce premier de sa vocation première.

En effet il prévoit :

- de créer un GCS de droit public entre le CH et une future association de 3 « radiologues libéraux », actuellement en début d'assistantat universitaire. Ces derniers seront payés par le CH à 100% à l'acte. On ne voit pas en quoi ils seront libéraux. La convention médicale de la Sécurité Sociale précise d'ailleurs que les cotisations des médecins de secteur 1 ne sont prises en charge que s'ils effectuent au moins 15% de leurs actes en dehors de l'établissement Hospitalier. Le dossier précise que le CH a obtenu une dérogation de la CPAM locale.

- un apport exclusif de matériel par le CH mais il est indiqué que les médecins de l'association auront accès aux IRM du GIE unissant le CH et les radiologues libéraux locaux qui n'ont pas été consultés.

Cette absence de consultation a permis de récuser le dossier par la CSOS. Il a secondairement après concertation avec les radiologues libéraux locaux, eu un avis favorable sous réserve d'un accord du GIE dont la signature par ces derniers est conditionnée par leur participation au PIMM.

Le dossier initialement déposé est un détournement de l'objet de partenariat privé public au profit d'une politique de recrutement hospitalière. De nombreux projets de ce type sont en préparation. C'est juridiquement très contestable car un médecin payé à 100% par un CH peut difficilement être considéré comme un

libéral Jean Charles BOURRAS invite donc les radiologues à une très grande vigilance en sensibilisant les représentants libéraux à la CSOS et en faisant remonter les dossiers à la FNMR.

La téléimagerie

Philippe Arramon-Tucool, président de l'URPS ML Nouvelle Aquitaine, présente le projet de plateforme de téléimagerie, PACT NA, d'abord ciblée sur l'astreinte mais avec l'idée, de l'ouvrir, ultérieurement, à de la téléimagerie en journée et à la dématérialisation en mammographie



Dr Philippe Arramon Tucool

lorsque cela sera possible.

Il s'agit d'organiser, au niveau régional, une astreinte mutualisée de téléimagerie. Le manque de radiologue dans le public est important aujourd'hui. En dehors des trois CHU et du CH de Bayonne, quasiment tous les hôpitaux fonctionnent avec la téléimagerie en journée et de nuit. Dans le privé, on voit poindre des difficultés sur la prise en charge globale en journée et en astreinte. Même dans des grandes villes comme Bordeaux... la téléimagerie commerciale s'est emparée de cette situation.

Depuis quelques mois, nous avons imaginé la mise en place d'une plateforme de téléimagerie pour les astreintes de nuit, week end et jours fériés, sur la Nouvelle Aquitaine pour les établissements privés, en précisant bien à l'ARS, que cette plateforme sera ouverte aux établissements publics si nous avons localement les ressources, justement pour conserver la territorialité de la prise en charge.

L'idée est de donner accès à cette plateforme à toutes les structures d'imagerie, sur toute la région. Ainsi, au lieu d'être en permanence une quinzaine de radiologues d'astreintes, toutes les nuits, tous les week-ends et jours fériés, nous pourrions réduire le nombre de radiologues à deux ou trois, peut-être cinq suivant les besoins et les horaires, mais pas quinze. Les radiologues libéraux de la région Nouvelle Aquitaine seront propriétaires et auront la maîtrise de cet outil de travail indispensable pour l'exercice de demain mais aussi pour le recrutement de nouveaux associés sur le territoire.

Nous avons déposé ce projet à l'ARS au mois de juillet. Il y avait urgence à agir compte tenu des difficultés précitées et de la présence de plus en plus impor-

tante de sociétés externes. On a eu l'appui de l'ARS Nouvelle Aquitaine ce qui nous a permis de déposer un dossier d'AMI¹⁸ auprès du Conseil Régional, afin d'obtenir des subventions.

Nous avons reçu un accueil très favorable du Conseil Régional. Il est à signaler que les Conseils Régionaux disposent de fonds pour subventionner ce type de projets. Nous avons obtenu une subvention de 100 000 euros pour mener à bien ce dossier.

Parallèlement à cela, l'ARS Nouvelle Aquitaine, par l'intermédiaire de son GRADeS, ESEA, met en place un projet sur lequel nous travaillons depuis de nombreux mois appelé « KRYPTON » qui a pour objet la mise en place de nombreux services dans le domaine de l'imagerie médicale et principalement celui d'échange et de partage des dossiers sur toute la région avec mise en place également d'un service de rapprochement d'identité.

La plate forme de téléimagerie PACT NA intégrera Krypton ce qui facilitera son déploiement.

Aujourd'hui, nous en sommes arrivés à la finalisation du choix de l'industriel avec lequel nous allons travailler pour avoir un logiciel spécifique d'imagerie en astreinte. Ensuite, nous mettrons progressivement en place la plateforme, d'abord avec une ou deux structures puis elle sera étendue à toute la région. Nous avons voulu intégrer les radiologues publics, qui étaient partants, mais les difficultés administratives rencontrées ont du nous y faire renoncer pour le moment.

Nous nous acheminons vers une double plateforme : une pour le public, une pour le privé.

Jean-Philippe Masson signale qu'un autre projet est en cours de développement en Rhône-Alpes. Ces deux régions montrent que la téléradiologie peut se développer sans société commerciale.

Dépistage du cancer du sein en région



Dr Dominique Massey

Dominique Massey, trésorier, évoque les problèmes d'organisation du dépistage du cancer du sein avec le transfert de la compétence aux régions.

Si chaque région connaît des difficultés particulières lors du transfert des structures de gestion départementales

¹⁶ Commission spécialisée pour l'organisation des soins

¹⁷ Plan régional de santé

¹⁸ Appel à manifestation d'intérêt

à la région, des problèmes communs se posent aux nouvelles structures de gestion. On peut citer les modalités de gouvernance des nouvelles instances, le rôle et la place des médecins radiologues, la nomination du directeur régional afin de contrôler l'association, le transfert des salariés à la structure régionale, le lieu de la seconde lecture avec une tentation possible dans certaines régions de la recentraliser dans les hôpitaux, etc.

Si toutes les régions rencontrent des difficultés communes, chacune doit aussi surmonter des obstacles qui lui sont propres. Il sera possible de faire un premier bilan prochainement après la mise en place des structures régionales au 1^{er} janvier de cette année. Il appartiendra à un prochain Conseil d'administration de la Fédération de faire cet état des lieux. Pour ce faire, il faut que chaque région fasse remonter les problèmes rencontrés et les solutions qui ont pu être apportées.

Jean-Charles Guilbeau souligne que le transfert des départements à la région



Dr Jean-Charles Guilbeau

même un problème de financement en cours de négociation. Un CPOM ²⁰, qui n'est pas complètement satisfaisant, a été proposé par l'ARS. La question financière reste compliquée mais les anciennes structures de personnel et de gestion sont restées dans les départements. Les L2 sont toujours effectuées. Il n'y a eu aucun changement sur ce point.

VII. Partenariat avec les internes

Eric Chavigny, vice-président, appelle les responsables régionaux de la FNMR à s'impliquer dans le partenariat avec

s'est mieux passé dans les Hauts de France.

La nouvelle structure, le CRCDC ¹⁹, est fonctionnelle. Le personnel a été transféré. Des contrats de travail sont en cours, etc. Il reste quand

les internes en contactant ceux qui ont adhéré à la FNMR pour les inviter aux assemblées générales régionales, pour construire un dialogue permanent. Un responsable des internes peut être nommé dans les bureaux régionaux afin d'organiser des événements auxquels ils seront associés.

La cotisation des internes à la FNMR, de 30€ par an, est prise en charge pour moitié par la Fédération et pour moitié par la région. Ils recevront la revue, pourront participer à des formations, etc.

En conclusion de ce Conseil d'administration, Jean-Philippe Masson donne rendez-vous, le 31 mars, pour un prochain conseil mais aussi, le 30 mars, pour un séminaire dont le titre est « Quel capitalisme pour la radiologie de demain ? ». ■



Dr Eric Chavigny

¹⁹ Centre régional de coordination des dépistages des cancers

²⁰ Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Vie syndicale



SFR - Société Française de Radiologie Nouveau Bureau - février 2019

Président : **Pr Jean-François MEDER**

Secrétaire Générale : **Pr Anne COTTEN**

Trésorier : **Dr Eric GUILLEMOT**



G4 - Conseil Professionnel de la Radiologie Nouveau Bureau - février 2019

Président : **Pr Louis BOYER**

Secrétaires Généraux : **Pr Jean-Paul BEREGI, Dr Bruno SILBERMAN**

Trésorier : **Dr Paul-Marie BLAYAC**

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

CERF : **Pr Jean-Michel BARTOLI, Pr Isabelle THOMASSIN-NAGGARA**

FNMR : **Dr Eric CHAVIGNY, Dr Grégory LENCZNER, Dr Jean-Philippe MASSON, Dr Bruno SILBERMAN**

SFR : • **Hospitaliers : Pr Jean-Paul BEREGI, Pr Frank BOUDGHENE, Pr Louis BOYER, Pr Anne COTTEN, Pr Jean-François MEDER**

• **Libéraux : Dr Paul-Marie BLAYAC, Dr Jean-Christophe DELESALLE, Dr Christian FORTEL, Dr Eric GUILLEMOT, Dr Jean-Charles LECLERC**

SRH : **Dr Philippe CART, Pr Olivier HELENON**

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES :

Dr Jean-Luc DEHAENE, Dr Jacques NINEY, Pr Jean-Pierre PRUVO, Dr Laurent VERZAUX (Représentant FSM)

«*IRM endométriose : un tour d'horizon en moins d'une heure pour comprendre et faire le point sur l'essentiel*»

ELEARNING DE 45 MINUTES

Imagerie en IRM
de l'endométriose

Radiologue

119€

Elearning de 45 minutes
disponible toute l'année



Dr Karine Lefebvre,
Radiologue

«*Echographie endométriose : un enseignement complet avec des cas cliniques pour couvrir le sujet en une journée*»

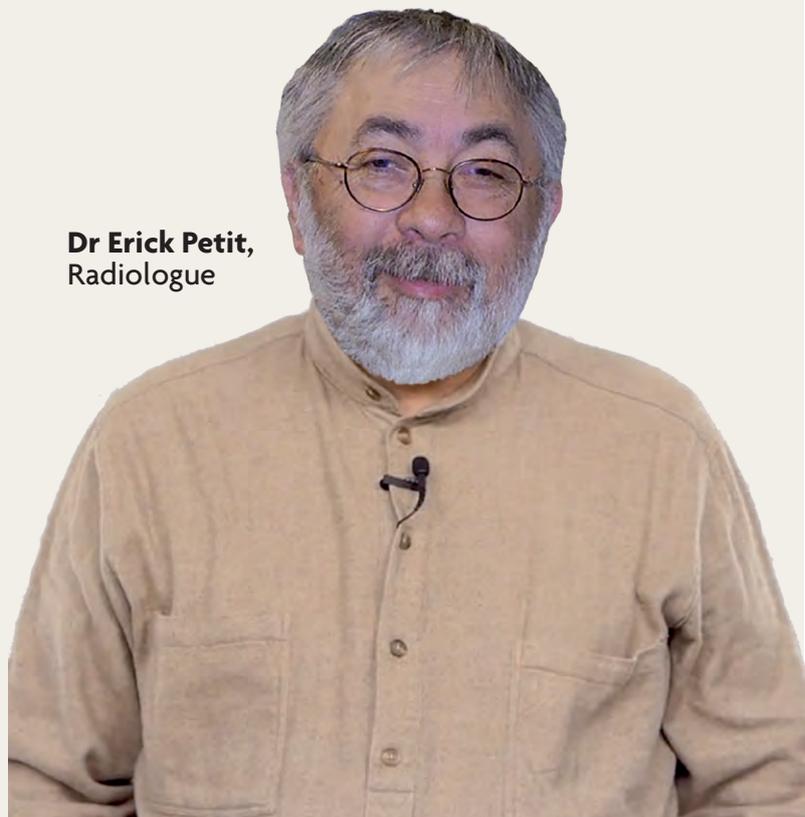
1 JOURNÉE ÉLIGIBLE AU DPC

L'endométriose :
quand y penser,
comment diagnostiquer
et quels traitements

Radiologue

odpc

9 sept au 3 nov sur forcomed.org
+ un jour à Paris le 4 octobre



Dr Erick Petit,
Radiologue



Toutes
nos autres
formations
2019 en
un coup d'œil



**Associations FORCOMED
et FORCO FMC**

168A, rue de Grenelle 75007 Paris

Tél : 01 53 59 34 02 • Fax : 01 45 51 83 15

www.forcomed.org • info@forcomed.org

 @forcomed

IRM : des délais inacceptables



Nouvelle enquête du SNITEM¹ sur les délais d'attente pour un rendez-vous en IRM en 2018² qui sont de 32,3 jours en moyenne. Entre 2003 et 2018, le parc d'IRM est passé de 230 appareils à 960 (hors recherche, militaires vétérinaires, etc.). En dépit de cette hausse des équipements, les délais d'attente pour un examen d'IRM sont stables autour de 30 jours, bien supérieurs aux objectifs fixés par les plans cancer³. Les études révèlent aussi de fortes inégalités entre les régions tant pour le nombre d'équipements que pour les délais moyens de rendez-vous. Pour le SNITEM, ces résultats ont pour conséquence des pertes de chance pour certains patients.



Wilfrid VINCENT
Délégué général FNMR

I Les équipements

I.1 Évolution du nombre d'équipements

En 2017, 54 nouvelles IRM ont été installées en métropole portant le nombre total à 960 réparties dans 764 structures. Le taux d'équipement est de 14,8 IRM par million d'habitants. (voir tableau 1)



MÉTHODOLOGIE

L'enquête simule la situation d'un patient qui veut prendre rendez-vous pour un examen demandé par un médecin selon une indication correspondant aux recommandations de pratiques actuelles.

Chaque structure disposant d'une IRM est contactée pour prendre un rendez-vous, annulé à la fin de l'entretien.

Pour 2018, la situation clinique du patient reste une demande de RDV pour une IRM lombaire aux fins de recherche une éventuelle extension de cancer.



Tableau 1 : Évolution du parc d'IRM depuis 2003

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018
Nbre IRM installées en métropole	230	352	419	495	592	646	761	839	906	960
RIM installées dans l'année		71	26	32	49	28	77	78	67	54
% d'augmentation		25,3	6,6	6,9	9	4,5	11,3	10,3	8	6
Nbre IRM par million d'habitants	3,9	5,8	6,8	8	9,4	10,2	11,9	13,1	14	14,8

¹ Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales

² Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous en IRM en 2018. Bruno Detournay, Laurène Courouve pour le CEMKA et Armelle Graciet pour le SNITEM. Septembre 2018.

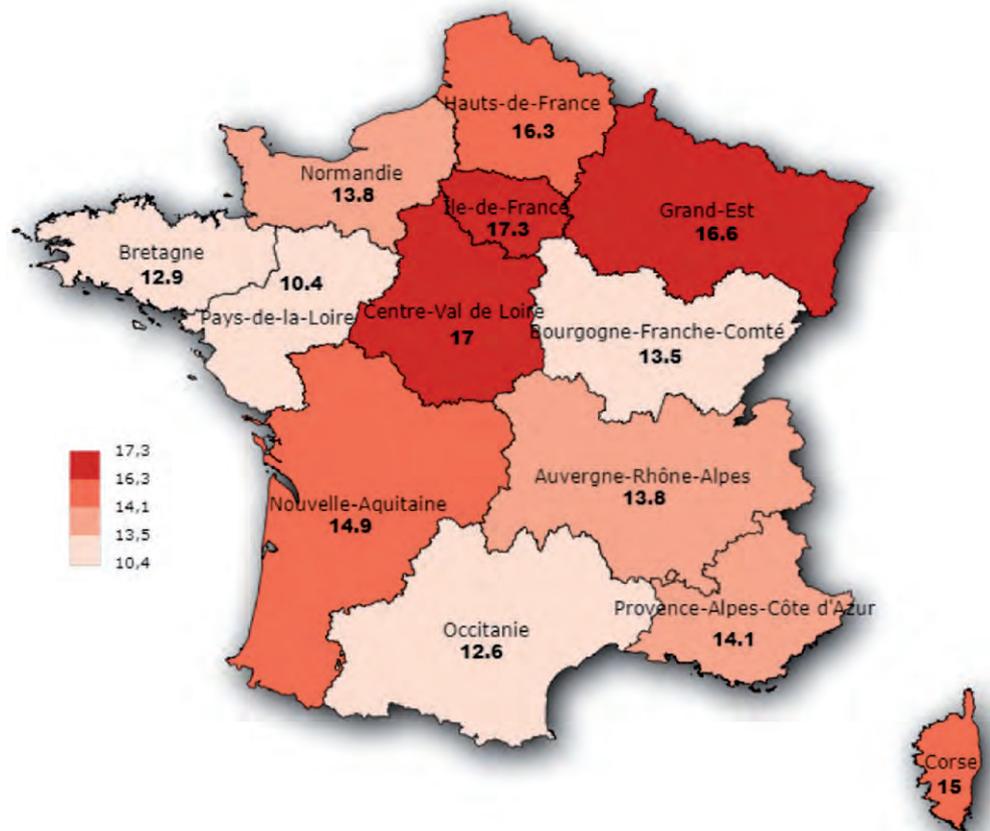
³ 20 jours pour le plan 2014-2019.

Tableau 2 : Nombre d'IRM par million d'habitants 2018

	Nombre IRM	Taux million habitants 2018	Évolution nombre IRM 2017/2018
Auvergne Rhône-Alpes	110	13,8	0,3
Bourgogne Franche-Comté	38	13,5	0,7
Bretagne	43	12,9	1,7
Centre Val-de-Loire	44	17,0	4,6
Corse	5	15,0	-0,1
Grand Est	92	16,6	1,1
Hauts-de-France	98	16,3	0,0
Ile de France	211	17,3	1,2
Normandie	46	13,8	0,6
Nouvelle Aquitaine	89	14,9	-0,1
Occitanie	74	12,6	0,6
Pays de Loire	39	10,4	-0,1
Provence Alpes Côte d'Azur	71	14,1	0,8
France métropolitaine	960	14,8	0,8

I.2 Évolution par région

Le taux d'équipement moyen par région est de 14,8 IRM par million d'habitants. Mais les inégalités restent fortes entre les régions les moins dotées comme les Pays de la Loire (10,4) et l'Île de France (17,3). (voir tableau 2 et figure 1)

Figure 1 : Nombre d'IRM par million d'habitants en 2018

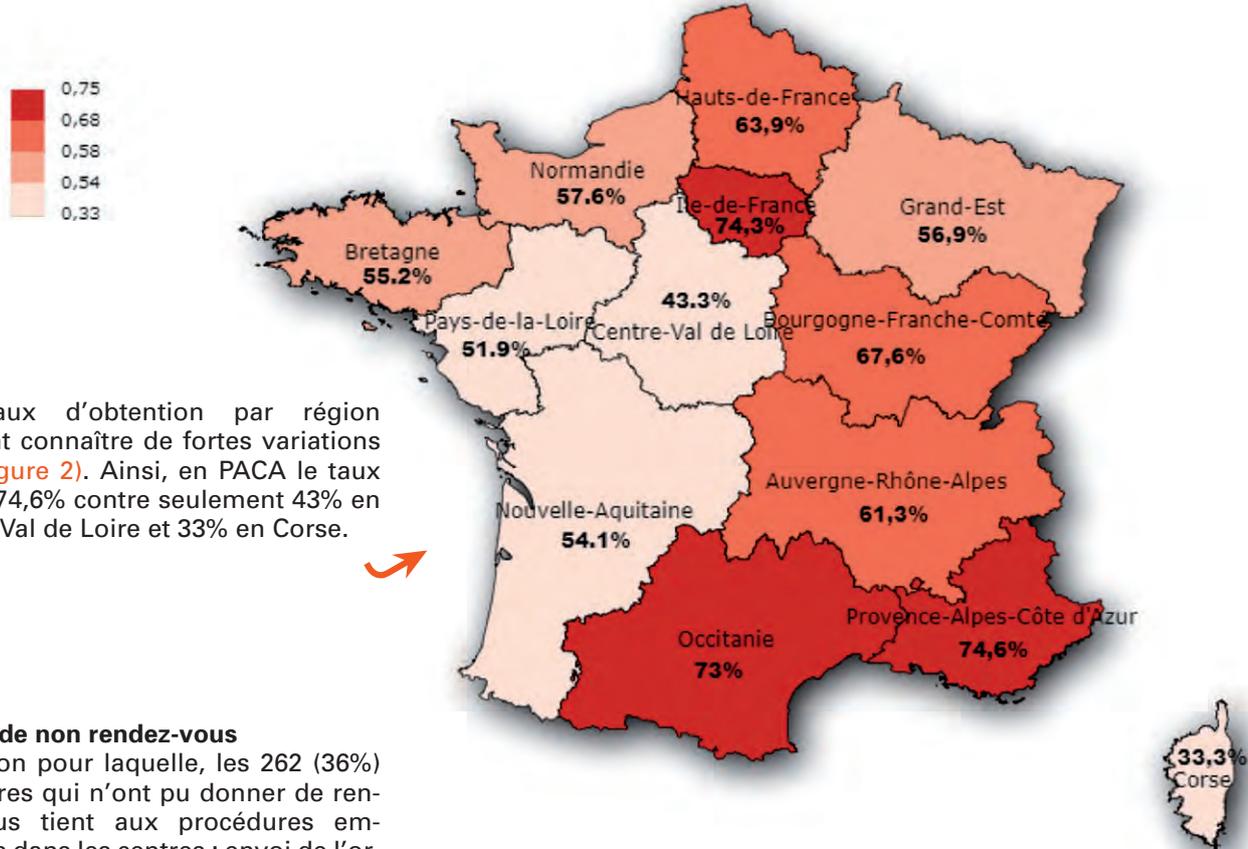
II Le taux d'obtention des rendez-vous

466 structures soit 64% ont donné un rendez-vous après 2,6 appels. Ce taux est constant depuis trois ans (voir tableau 3).

Tableau 3 : Taux d'obtention des RDV

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018
Taux d'obtention	42,50%	46,70%	54,50%	58,10%	62,80%	57,50%	67,20%	64,10%	63,80%	64%

Figure 2 : Taux d'obtention des rendez-vous par région en 2018



Les taux d'obtention par région peuvent connaître de fortes variations (voir figure 2). Ainsi, en PACA le taux est de 74,6% contre seulement 43% en Centre Val de Loire et 33% en Corse.

Motifs de non rendez-vous

La raison pour laquelle, les 262 (36%) structures qui n'ont pu donner de rendez-vous tient aux procédures employées dans les centres : envoi de l'ordonnance par courrier, etc.

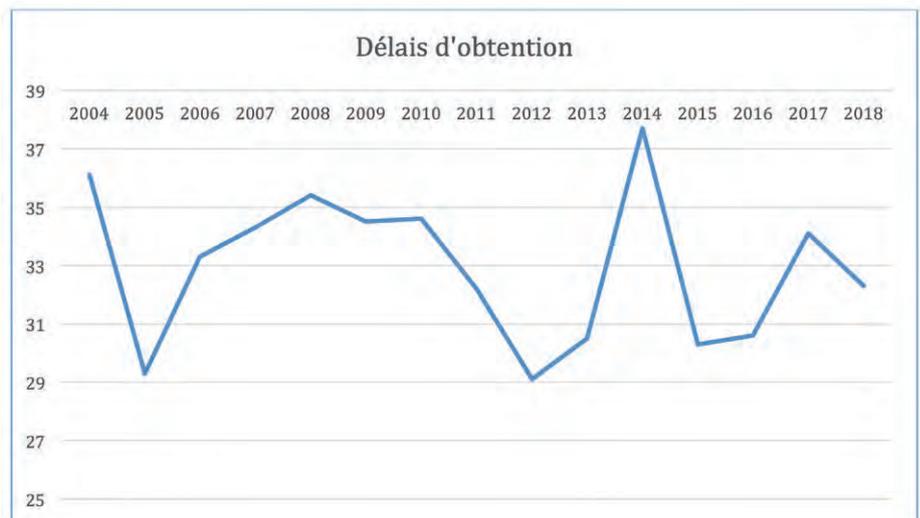
Motifs de Motifs de non attribution d'un RDV

	2014	2017	2018
Nécessité de disposer des informations de l'ordonnance (envoi par mail, courrier)	167 (70,2%)	126 (50%)	188 (71,8%)
Le centre donne la priorité aux personnes hospitalisées	26 (10,9%)	36 (14,3%)	25 (9,5%)
Le médecin doit envoyer une demande par courrier ou fax	4 (1,7%)	-	6 (2,3%)
Il faut se déplacer et remplir un formulaire	23 (9,7%)	32 (12,7%)	35 (13,3%)
Autre procédure	18 (7,6%)	57 (22,6%)	9 (3,4%)
	238 (100%)	252 (100%)	262 (100%)

III Les délais de rendez-vous

Les délais moyens de rendez-vous sont de 32,3 jours soit un léger progrès par rapport aux 34,1 jours en 2017. Le résultat reste néanmoins très éloigné de l'objectif du plan cancer.

Ce délai moyen recouvre de très fortes disparités entre les différentes structures. Pour 14%, le délai est inférieur à une semaine alors qu'il est de plus de deux mois pour 10% d'entre elles. L'étude relève que certaines structures ont ouvert des plages de rendez-vous en soirée ou le week-end, dimanche compris.



Délai pour un RDV d'IRM en jours en 2018

Délai	Nombre de structures
<= 7 jours	99 (13,6%)
7-15 jours	105 (14,4%)
15-30 jours	192 (26,4%)
30-60 jours	242 (33,2%)
60-90 jours	64 (8,8%)
Plus de 90 jours	26 (3,6%)
	728 (100%)

Les écarts entre les régions sont également importants. Pour l'Auvergne, il est de plus de 50 jours contre 19,5 en Ile de France. Certaines régions ont réussi à réduire considérablement les délais d'attente de Poitou-Charente avec une diminution de 25 jours du délai ou encore de l'Alsace avec une baisse de 19,6 jours. En revanche, les délais se sont allongés dans d'autres régions comme les Pays de la Loire avec 15,6 jours de plus qu'en 2017 ou encore la Haute Normandie (+13,7 jours). L'étude du SNITEM réparti également

la population française selon les délais d'attente. Ainsi, en 2018, 60% de la population vivent dans une région où les délais sont inférieurs à 30 jours, ils étaient 71,2% en 2017.

IV Taux d'équipements et délais de RDV

Les auteurs notent que des niveaux d'équipements identiques dans différentes régions peuvent se traduire

par des délais d'attente différents sans doute en raison de facteurs locaux comme l'état des besoins, la nature du parc, etc.

Mais globalement, les auteurs considèrent que le lien observé entre taux d'équipements et délais reste statistiquement significatif. ■

Délai moyen (jours) par région depuis 2009

Régions	2009	2015	2016	2017	2018	Augmentation Diminution 2017- 2018
Alsace	64,7	61,2	46,5	45,5	25,9	-19,6
Aquitaine	41,0	28,1	38,6	37,6	37,2	-0,4
Auvergne	44,1	40,7	44,8	51,7	50,1	-1,6
Basse Normandie	35,8	28,3	39,5	37,3	38,2	0,9
Bourgogne	28,7	39,3	26,6	27,3	27,7	0,4
Bretagne	43,5	57,1	39,6	51,5	52,0	0,5
Centre	37,8	58,1	41,6	51,6	33,7	-17,9
Champagne Ardenne	29,7	22,4	23,5	29,9	20,6	-9,3
Corse	29,5	39,0	22,0	20,3	27,0	6,7
Franche Comté	24,7	36,2	32,7	26,9	26,4	-0,5
Haute Normandie	30,1	20,9	19,4	24,0	37,7	13,7
Ile de France	23,8	19,7	21,2	21,4	19,5	-1,9
Languedoc Roussillon	40,4	32,2	33,4	34,3	35,7	1,4
Limousin	19,5	20,4	25,1	36,8	42,7	5,9
Lorraine	57,2	30,6	26,8	29,1	33,5	4,4
Midi Pyrénées	26,6	36,8	43,8	45,5	41,1	-4,4
Nord Pas de Calais	39,7	20,6	24,3	29,2	34,8	5,6
Pays de la Loire	50,2	55,8	36,3	54,7	70,3	15,6
Picardie	40,0	32,6	28,1	37,7	26,5	-11,2
Poitou Charente	44,7	38,9	47,4	57,4	32,3	-25,1
PACA	28,3	22,1	25,2	30,7	27,8	-2,9
Rhône Alpes	36,7	22,8	32,8	34,6	32,4	-2,2
Total	34,5	30,3	30,6	34,1	32,3	-1,8

CESSION / ASSOCIATION

10881 30 CHERCHE SUCESSEUR Bagnols/Cèze – Cause retraite SELARL 6 as-soc. rech. sucesseur – 2 sites + SCAN/IMR – activités polyv. Mammo. tomo-synth. Pas de garde
> **Contact : Dr SEGAL : 06.70.19.34.64**
Email : valere.segal@orange.fr

REMPLACEMENT

10888 75 CHERCHE REMPLAÇANT Cab. rech. remplaç., collab. ou autre pour vaca-tions régulières et nombreuses périodes à tps plein. Radio. conv., écho., mam-mo., scan. – Possible association ou ces-sion à terme.
> **Contact : Dr Zerbib :**
06.63.19.13.29 / 01.42.09.04.04
Email : thierry.zerbib966@orange.fr

• Vous pouvez consulter les annonces sur le site internet de la FNMR : fnmr.org
• Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.

Publi-rédactionnel

L'obligation de mise en place d'une démarche qualité : contrainte ou opportunité ?

La publication de la directive EURATOM de 2013, transposée en France pour partie dans le décret 2018-434 du 4 juin 2018, a vocation de modifier la prise en compte de la démarche qualité et de la gestion des risques en imagerie médicale. En effet, le décret 2018-434 prévoit la publication officielle d'un référentiel sur lequel se fonde le système d'assurance qualité.

La décision ASN n° 2019-DC-0660 publiée au Journal Officiel 13/02/19 fixe les premiers jalons de la démarche qualité en imagerie et est applicable au 1^{er} juillet 2019.

Alors, en tant que radiologue, comment devez-vous appréhender cette obligation de démarche qualité : comme une contrainte ou comme une opportunité ?

La première réaction sera « une appréhension » de la part des radiologues « *je dois m'occuper de mes patients ; je n'ai pas le temps pour l'administratif ; combien ça va coûter ...* » ainsi que de la part des équipes « *est-ce que je travaille mal ? ; je vais devoir changer mes habitudes ...* ».

Bien évidemment, la mise en place d'une telle démarche **prend du temps et demande de l'investissement de la part du personnel mais également de la part des radiologues**. Cependant, lorsque la démarche qualité est étudiée et intégrée dans la dimension globale de votre structure, elle se transforme en réelles opportunités :

- Mobiliser les équipes autour d'un projet partagé
- Sécuriser et uniformiser les pratiques au sein de la structure
- Gérer les dysfonctionnements
- Maîtriser les règles obligatoires de la profession
- Mesurer et améliorer continuellement vos cabinets de radiologie...

Alors, oui, si vous décidez d'attendre la publication du référentiel qualité par le ministère, vous risquez de vivre la mise en place de ce système comme une contrainte mais avec des opportunités d'avenir...

Entrer dans la démarche LABELIX dès aujourd'hui vous permet de démarrer de manière évolutive vers une démarche qualité structurée. **Vous pourrez ainsi créer votre système** en vous basant sur un référentiel métier réfléchi par la profession.

Virginie MOTTE - *Bioconsultants*

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche qualité LABELIX, pour vos patients, vos équipes, vos structures.

Si vous n'est pas encore labellisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org