

Le Médecin Radiologue de France

Avril 2019

423

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Syndicalisation

Dépistage organisé
du cancer du sein

page 22



/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org



Fake new n° 3

**Produits
de contraste**

QUELLE DOSE ?

FAKE NEWS :

« Il vaut mieux en mettre un peu plus pour sécuriser »
« Les protocoles avec une baisse du kilovoltage ne sont pas applicables en France car établis avec des populations asiatiques de plus faible BMI »

La réalité :

La physiologie, l'hémodynamique et la pathologie n'ont pas changé depuis les années 90. En revanche la technologie des scanners a été bouleversée. La reconstruction itérative et l'amélioration des détecteurs permettent sur tous les scanners de réduire le kilovoltage et donc la dose de contraste par l'augmentation de l'absorption des rayons X par l'iode : c'est physique et mathématique.

La technique :

Les doses et le taux d'iode délivré par seconde pour 120 KV restent valables. Ils doivent diminuer de 20 ou 40% si vous travaillez à 100 KV ou 80 KV.

Vous n'utiliserez par exemple que 40g (à 100 KV) ou 30 g (à 80 KV) au lieu de 50 g (à 120 KV).

EN RÉSUMÉ :

Vous ne modifiez pas vos habitudes d'injection en baissant les kilovolts de 120 KV à 100KV ou 80KV. Vous réduisez seulement la dose de contraste ou le taux de délivrance de l'iode par seconde de 20 ou 40% grâce à une meilleure absorption des rayons X par l'iode en gardant une qualité d'examen identique.

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

Bae KT.

Radiology. 2010 Jul;256(1):32-61.

Contrast Administration in CT: A Patient-Centric Approach.

Kalra MK, Becker HC, Enterline DS, Lowry CR, Molvin LZ, Singh R, Rybicki FJ.

J Am Coll Radiol. 2018 Aug 2.

Réduire les doses d'iode et de RX : du duo au trio gagnant.

Ph Coquel

Le médecin radiologue de France
Septembre 2018 n°416

Donnez du temps au temps !

Le dossier principal de cette revue est consacré à la **syndicalisation**.

C'était le thème de formation des cadres de la FNMR du mois de janvier dernier. Nous avons invité des représentants de diverses organisations syndicales, médicales ou autres, afin de comparer les différents modes d'organisation, d'actions et les résultats obtenus face à leurs revendications. Ces échanges ont permis de réfléchir à l'avenir du syndicalisme médical.

Le texte des modifications du **cahier des charges « technique » du dépistage du cancer du sein** est publié dans ce numéro.

Comme vous le savez, il est issu de la réflexion et des constats des groupes techniques de l'INCa et de la profession afin d'améliorer encore la qualité de ce dépistage essentiel pour la santé des femmes.

Les actions de **pertinence** en radiologie sont lancées depuis le 28 avril 2018, date de signature de l'accord avec la Caisse.

Si les services comptables de cette institution constatent que les résultats financiers sont en dessous de ce qui était attendu (alors que notre ministre de la santé, Agnès Buzyn a toujours dit que l'objectif de la pertinence n'était pas de réaliser des

économies mais de mieux soigner les patients), la dynamique est enclenchée et les effets commencent à se dessiner.

La mise en place de la pertinence est un **nouveau paradigme**, une nouvelle façon d'exercer. C'est donc un changement de mentalité pour tous, non seulement radiologues et correspondants demandeurs d'examens mais aussi pour les caisses d'assurance maladie.

Cela nécessite **du temps pour se mettre en place**.

Notre expérience, car cela en est une, est suivie de près par d'autres spécialités (cardiologie, gastro-entérologie) qui envisageraient de s'y lancer.

Sanctionner les radiologues, pionniers de cette évolution, sans attendre **aurait pour effet immédiat de tout bloquer**, que ce soit pour la radiologie mais aussi pour les autres spécialités, et de retomber dans la maîtrise comptable au lieu de poursuivre cette méthode, médicalisée, bonne pour une meilleure prise en charge de nos patients.

Monsieur le Directeur général de la caisse d'assurance maladie, **donnez du temps au temps !** ■



Dr Jean-Philippe Masson,
Président de la FNMR.

Avril 2018

423

Fake news n°3	p. 02	Dépistage organisé du cancer du sein :	
Pertinence	p. 04	JO décrets	p. 22
Séminaire syndicalisation :		INCa	p. 26
Quel syndicalisme pour demain ?	p. 06	G4	p. 28
CSMF	p. 16	Loi santé et ordonnances	p. 30
SML	p. 17	Petites annonces	p. 33
Partenariat FNMR-UNIR	p. 18	Vie syndicale	p. 34
5 bonnes raisons d'adhérer à la FNMR	p. 19	Hommages	p. 35
La FNMR et son environnement	p. 20	Fake news n°4	p. 36

Annonceurs : EVOLUCARE p. 15 • FACTUM FINANCE p. 31 • FORCOMED p.29 • UNIPREVOYANCE p. 05

• 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 • IMPRIMERIE DECOMBAT : 5 bis rue Gustave Eiffel 15000 AURILLAC • Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2019 • ISSN 1631-1914 •

La pertinence est un thème revendiqué par le Gouvernement. Ce thème a été initié par l'accord du mois d'avril entre la CNAM et les radiologues. D'autres spécialités sont prêtes à s'engager dans cette voie. Une attaque comptable contre notre spécialité ne pourrait entraîner qu'un blocage vers la pertinence chez d'autres spécialités.

C'est pour cela que les syndicats de cardiologues et de gastro-entérologues cosignent un courrier avec les radiologues pour en faire part au directeur général de la CNAM.



SYNDICAT NATIONAL
des SPECIALISTES des MALADIES
du CŒUR et des VAISSEAUX



SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS
FRANÇAIS SPECIALISTES de l'APPAREIL
DIGESTIF



FÉDÉRATION NATIONAL
des MÉDECINS RADIOLOGUES

Paris, le 21 mars 2019

Monsieur Nicolas REVEL
Directeur général
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Monsieur le directeur général,

Nous, cardiologues, gastro-entérologues et radiologues, sommes convaincus que la pertinence doit être un des éléments du mode de financement de la Santé et de la rémunération des médecins. Sous votre autorité, la radiologie a été la première spécialité à proposer des actions de pertinence ayant pour objectifs une amélioration dans la prise en charge des patients et la qualité des soins mais également une meilleure utilisation du temps médical. La radiologie s'est engagée à ce que ces mesures de pertinences améliorent également l'efficacité des soins.

Nous sommes aujourd'hui les premières spécialités médicales à s'être engagées dans cette démarche. Son succès permettra à d'autres spécialités de nous rejoindre.

La mise en place de ce nouveau paradigme est longue. Elle demande un changement de mentalité de la part de tous les médecins et professionnels de santé mais aussi des patients.

Il est impératif que l'assurance maladie donne « du temps au temps » afin de réussir cette révolution culturelle et comportementale.

Toutes décisions de sanctions financières à ce stade à l'égard d'une spécialité faisant les efforts pour atteindre ces objectifs seraient totalement prématurées, incompréhensibles et condamneraient de manière implicite la pertinence dans chacune de nos spécialités.

Dr Jean-Pierre Binon
Président du SNSMVCV

Dr. Franck Devulder
Président du SYNMAD

Dr. Jean-Philippe Masson
Président de la FNMR


uniprévoyance

Santé et Prévoyance,
Action sociale et Services,
nous avons tant à partager



SANTÉ • PRÉVOYANCE

Votre protection sociale,
c'est notre métier !

Pour toute information : contact@uniprevoyance.fr

www.uniprevoyance.fr

Quel syndicalisme pour demain ?

En introduction du séminaire tenu en janvier, Jean-Philippe Masson, président, rappelle que les séminaires organisés par la FNMR¹ ont vocation à favoriser la réflexion en vue d'anticiper l'avenir de la profession.

Ainsi, un précédent séminaire sur la pertinence a été le prélude à la signature d'un accord avec la CNAM² sur ... la pertinence.

Le thème choisi, *quel syndicalisme pour demain ?* reflète la préoccupation partagée par de nombreuses professions et notamment dans le monde médical sur les évolutions en matière de représentation, de syndicalisation. Pour les radiologues, libéraux ou publics, comment faire évoluer la vie et l'action syndicales.

Le séminaire réunit des représentants du monde médical mais aussi extérieurs à la santé permettant de s'ouvrir à d'autres expériences du syndicalisme.

LA FNMR

(Dr. E. Chavigny)

Le syndicalisme en France n'intéresse plus les jeunes générations. Ce constat est vrai dans le monde de la santé comme pour toute la société française. Seulement 2 % des jeunes de moins de 30 ans sont syndiqués contre 8 % dans l'ensemble de la population. Pourtant, cette jeune génération souhaite participer au débat d'idées, mais souvent elle apprécie peu la structure un peu pyramidale des représentations syndicales, et remet en cause leur légitimité. Elle n'est, pour autant, pas tournée exclusivement vers sa vie personnelle comme une étude - réalisée par l'Institut Régional du Travail d'Aix en Provence - le révèle : pour 70 % des jeunes, le travail est une part importante de leur vie, contre 68 % chez leurs aînés.



Dr Eric Chavigny

Ce problème, du monde du travail, est exactement le même dans notre profession. En plus, les jeunes radiologues ont peut-être le sentiment d'être les baby-losers. Ils ont choisi une profession avec l'idée

que leurs conditions de travail, leurs revenus étaient connus d'avance. Ils découvrent que les conditions d'exercice sont relativement difficiles et en constante mutation.

Les syndicats et autres organismes intermédiaires sont aussi l'objet de la politique de démolition de l'État. Tout est fait pour diminuer l'influence des syndicats, fragmenter le corps médical avec plusieurs collèges dans les URPS³, etc. La démocratie sanitaire est aussi un prétexte pour marginaliser les médecins. Par exemple, les commissions chargées des autorisations d'équipements lourds ou d'activités sont très largement dominées par des non-médecins. Au travers de ces commissions, c'est toute la société qui est supposée être consultée mais en réalité, dans la grande majorité des cas, les décisions n'appartiennent qu'aux seules ARS⁴. La mission des représentants syndicaux des radiologues est de se battre au sein de ces commissions pour obtenir les autorisations nécessaires.

L'image des syndicats est assez négative. Les Français vivent mal les blocages partiels ou complets du pays que certains imposent. Les affaires qui ont affectés quelques syndicats n'ont rien arrangé (salaires mirobolants, frais exorbitants, etc.). Le mouvement des

LES INTERVENANTS

Dr. Jean-Philippe Masson,
Président FNMR

Dr. Eric Chavigny,
Vice-Président FNMR

Pr. Franck Boudghène,
SRH

Dr. Emmanuel Loeb,
Jeunes Médecins

Mme Caroline Rutten,
M. Cédi Koumako, UNIR

Dr. Patrick Gasser,
UMESPE

Mme Nagette Bouneb-Guerin,
SPL

M. Olivier Rigazio,
SNPL

M. Denis Barbarossa,
Président IFEC

Pr. Patrick Hassenteufel,
Université Versailles
Saint-Quentin-en-Yvelines

gilets jaunes montre un désir de démocratie directe. Au sein de notre profession, la « mutualisation » fait office de frein à l'adhésion. C'est l'idée que l'adhésion d'un groupe peut passer par l'adhésion d'un ou deux associés au syndicat. Ainsi, le groupe peut faire remonter ses idées, obtenir l'information dont il a besoin. Le groupe a l'impression de faire des économies mais c'est une erreur. Car la force d'un syndicat, et les succès qu'il peut obtenir, dépendent du nombre et de la motivation de ses adhérents.

En dehors de notre profession, comment la radiologie est-elle considérée ? Notre spécialité est médico-technique mais la dimension médicale est occultée par les pouvoirs publics et, malheureusement, parfois aussi par nos

¹ Fédération nationale des médecins radiologues

² Caisse nationale de l'assurance maladie

³ Union régionale des professionnels de santé

⁴ Agence régionale de santé

confrères. Les radiologues sont vus comme disposant d'importants revenus. Pourquoi ? Parce que les honoraires sont importants. Mais sur 100 euros d'honoraires, il en restera 30 € après le règlement des charges et sur ces 30 euros, nous investissons. Le radiologue est d'abord un médecin mais il est aussi un investisseur, un gestionnaire de plateau technique et un chef d'entreprise.

Les radiologues ne sont que 4000 sur les 125 000 médecins libéraux en France. Les actes de radiologie représentent un volume important des dépenses des actes techniques. Ces deux facteurs font de la profession une cible privilégiée de l'Assurance maladie quand elle veut faire des économies. La radiologie reste néanmoins une des spécialités les plus choisies parce qu'elle est au cœur du parcours du patient. Elle intervient en relation avec toutes les spécialités. La radiologie reste attractive.



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Dans ce contexte, la FNMR se situe plutôt bien. Le nombre d'adhérents se maintient à un niveau élevé. Un fléchissement peut être observé après la signature de l'avenant 8 en 2011. Mais, depuis, le nombre d'adhérents a remonté. Pour l'analyse de l'évolution des adhésions, il faut aussi tenir compte des départs à la retraite, nombreux pour la génération du baby-boom, et de l'installation de jeunes radiologues peu nombreux en raison du numerus clausus.

Pour 2019, le partenariat signé entre la FNMR et l'UNIR⁵ permet à de nombreux internes d'adhérer à la Fédération.

Comment défendre la radiologie ? Beaucoup de radiologues confondent la représentation savante de la spécialité avec sa représentation professionnelle. Chacun a un rôle complémentaire. La SFR⁶ donne les références médicales. La FNMR défend les radiologues libéraux comme le SRH défend les radiologues hospitaliers.

La FNMR est structurée avec des représentants présents sur tous les territoires aux niveaux départemental, régional et national. C'est sa force, celle

qui lui a permis de mobiliser la profession lors de la grève de mars 2017. Cette mobilisation a confirmé aux tutes notre unité et notre force.

La FNMR agit en concertation avec ses partenaires que sont le CERF⁷, la SFR, le SRH⁸, réunis au sein du Conseil professionnel de la radiologie (G4). Nous avons aussi des liens avec les syndicats polycatégoriels.

Notre syndicat est actif. Par exemple, un groupe prospectif de la Fédération réfléchi en permanence à l'évolution de la profession. Autres exemples, nous avons proposé la pertinence comme modèle de régulation, nous avons été à l'initiative de la création du DRIM France IA⁹, éco-système d'intelligence artificielle, géré par et pour les radiologues.



Nous développons aussi, au quotidien, de multiples actions. La Fédération est active sur les réseaux sociaux pour participer aux débats du monde de la santé. Elle vient de signer un accord de partenariat avec l'UNIR qui sensibilisera les jeunes à l'exercice libéral.

La Fédération a aussi créé Forcomed, association de formation continue pour les radiologues et leurs personnels. Forcomed répond aux besoins concrets des radiologues dans leur exercice médical.

La Fédération a aussi des partenariats avec des sociétés comme AG2R La Mondiale ou la MACSF offrant des avantages aux adhérents.

Le rôle de notre syndicat est de donner des outils aux radiologues pour pouvoir bien anticiper les évolutions de leur exercice.



LE SRH

(Pr. F. Boudghène)

Le Pr Boudghène, Pass Président du SRH, rappelle que

son syndicat regroupe les radiologues hospitaliers et hospitalo universitaires. Son propos reprend une réflexion menée avec les Prs Jean-Pierre Pruvo et Alain Rahmouni, disparu il y a un an, pour identifier les axes de l'engagement syndical.

Le premier, ce sont les patients. Ils sont le cœur du métier et la justification de nos objectifs principaux : l'acquisition d'équipements, de référentiels métier, Cette défense des patients doit se faire en accord avec des associations de patients. C'est une dimension qu'il faut intégrer dans le syndicalisme de demain qui donnera plus de sens aux actions syndicales.

Un deuxième axe concerne les jeunes de la discipline. Le syndicat doit se préoccuper de leur formation au management. Leur formation médicale est assurée mais ils ne sont pas formés à la gestion d'une équipe, d'un plateau technique.

Ces réflexions nous ont conduit à réfléchir à un syndicat unique des radiologues. Il correspondrait aussi au développement des coopérations entre radiologues publics et libéraux et à la tendance à l'exercice mixte. Le plan santé 2022 contient des éléments qui peuvent aller dans ce sens. À nous de les explorer et de les explorer ensemble.

Le troisième axe est celui de l'innovation à laquelle les patients et les professionnels doivent pouvoir accéder. La France est en retard en équipements lourds vraiment efficaces qui donnent les meilleurs renseignements cliniques. Il faut travailler dans ce sens avec les industriels et les institutions.



Pr Franck Boudghène

Plusieurs chantiers sont déjà en œuvre, sous l'égide du G4, pour améliorer notre exercice : le référentiel métier, la nouvelle charte de téléradiologie. Ils sont le résultat de l'investissement de l'ensemble de la profession.

Il faut également aborder la question des droits des patients et de ceux des

⁵ Union nationale des internes en radiologie

⁶ Société française de radiologie

⁷ Collège des enseignants en radiologie de France

⁸ Syndicat des radiologues hospitaliers

⁹ Data radiologie imagerie médicale France Intelligence artificielle

soignants. Beaucoup de patients se plaignent mais il y a aussi beaucoup de soignants qui souffrent. C'est le burn-out qui existe aussi bien à l'hôpital que dans le libéral. Quand les professionnels exercent dans de bonnes conditions, ils prennent mieux en charge leurs patients.

Enfin, le SRH, comme d'autres syndicats, subit les évolutions sociétales que sont l'individualisme, le désintérêt vis-à-vis du syndicalisme.

Finalement, ce sont les patients et les jeunes qui forment le socle d'un projet commun pour le syndicalisme de demain.

LES JEUNES MEDECINS

(Dr. E. Loeb)



Le Dr Loeb présente son mouvement comme le

prolongement de l'ISNCCA¹⁰. L'intention est d'avoir une meilleure visibilité auprès des « Jeunes Médecins ».

L'ISNCCA ne concernait que les assistants et les chefs de cliniques, soit un statut transitoire avec une capacité limitée à pouvoir se mobiliser soit vers l'exercice libéral, soit vers l'exercice hospitalier.



Dr Emmanuel Loeb

L'ISNCCA a permis la reconnaissance du statut des chefs de cliniques et des assistants, le maintien du secteur 2, la protection sociale des chefs de cliniques, la rémunération des gardes et des astreintes, la protection de la liberté

d'installation et la reconnaissance du statut d'assistants. Mais, du côté négatif, elle était aussi trop concentrée sur Paris en raison du nombre de chefs de clinique dans la capitale et elle n'attirait pas les jeunes.

Avec *Jeunes Médecins*, nous recherchons une meilleure visibilité sans faire concurrence aux syndicats existants. Nos adhérents potentiels sont les jeunes qui se détournent des syndicats traditionnels. Leur adhésion à *Jeunes Médecins* peut être une étape

avant le passage vers un syndicat plus classique, une fois leur vie professionnelle plus aboutie.

Jeunes Médecins est le syndicat transversal d'une génération de médecins de l'obtention du DES¹¹ jusqu'à dix ans après, toutes spécialités et tous modes d'exercices confondus. Nous avons voulu supprimer tous les freins à l'adhésion qui est gratuite, en ligne. Le nom même permet une compréhension immédiate de ce qu'est le mouvement.

Jeunes Médecins, syndicat indépendant, fonctionne sur le mode de la démocratie participative permettant aux adhérents de faire remonter leurs sensibilités, leurs questionnements. Nous sommes présents sur les réseaux sociaux.

L'objectif est donc de fédérer une communauté autour d'un métier, celui de médecin en sortant des clivages hospitalier/libéraux, spécialités contre spécialités.

Jeunes Médecins formule vingt propositions, amendables, rassemblées dans un Livre Blanc. Pour se faire entendre, la nouvelle association se présentera aux élections de toutes les instances (hospitalières, libérales, Ordre des Médecins, etc.).

Notre visibilité passe par notre plateforme (www.jeunesmedecins.fr), instrument de dialogue avec, par exemple, des sondages auprès de nos adhérents. Nous voulons aussi offrir des services aux adhérents par exemple avec des packs installation, un coffre-fort numérique, des formations, etc.

Nous avons des partenariats avec « L'École 42 » de Xavier Niel ou avec le Collège des ingénieurs avec lesquels nous voulons sensibiliser les jeunes médecins au management et leur permettre de prendre ou reprendre le contrôle de leur outil de travail.

UNIR¹²

(Mme Caroline Rutten, M. Cédi Koumako)



L'UNIR réunit environ 1250 internes avec un taux d'adhésion de 65%. Le montant de l'adhésion est de 25€ par an. Elle est présente dans l'ensemble des CHU. Il est cependant difficile de motiver les internes pour prendre des responsabi-



Mme Caroline Rutten



M. Cédi Koumako

lités au sein de l'UNIR.

Le syndicalisme ne génère pas beaucoup d'enthousiasme parmi les internes. D'une part, c'est dû au fait d'une méconnaissance mais aussi à un paysage difficilement

compréhensible en raison du nombre de syndicats. Pour la seule radiologie, il y a le SRH, la FNMR, le CERF, la SFR, le G4. Qui fait quoi ?

Les internes ne le savent pas. Il y a un manque de communication et d'information. Les internes peuvent penser que les choses se décident, en dehors d'eux, mais que concrètement, dans

leur vie quotidienne, cela ne change rien à leur vie, à leurs vacances. L'avenir, les internes y penseront plus tard, dans quatre ou cinq ans.

Nous savons cependant que nous avons besoin d'une représentation syndicale forte en radiologie pour faire face aux grands défis qui sont devant nous : l'intelligence artificielle, les cotations, le mode d'exercice en mutation, l'imagerie interventionnelle, ...

Comment faire pour mobiliser les internes ? Nous sommes formés par le milieu hospitalo-universitaire. Il y a très peu de possibilités de découvrir le monde libéral. Il paraîtrait intéressant qu'il y ait une implication du monde libéral dans l'encadrement de l'internat. Par exemple, avec des interventions en cours de module de DES, module professionnel qui a pour but de présenter la profession : comment gérer nos premiers remplacements, le fonctionnement du budget d'un cabinet, problèmes de cotation, etc.

Il est aussi utile, qu'au cours de l'internat, des événements s'ouvrent à nous comme les soirées libérales pour les internes ou le *speed dating* aux JFR¹³. Il est important de noter que les internes envisagent leur futur mode d'exercice comme mixte, hospitalier et libéral, ce qui met la réalité syndicale, avec l'existence conjointe du SRH et de la FNMR, en décalage. N'est-il pas envisageable d'avoir un seul syndicat ?

¹⁰ Inter syndicat national des chefs de clinique et assistants

¹¹ Diplôme d'études spécialisées

¹² Union nationale des internes en radiologie

¹³ Journées francophones de radiologie

L'UMESPE ¹⁴
(Dr. P. Gasser)



Si la FNMR a 80% d'adhérents, ce n'est pas le cas des centrales syndicales polycatégorielles qui regroupent seulement 8 à 9 % de la population libérale. C'est un taux d'adhésion proche de la population salariée. Cela signifie que nous ne répondons pas totalement à nos mandats et à l'ensemble des professionnels.

Il y a une demande d'unité mais comment la faire au travers des multiples schismes au cours de l'histoire du syndicalisme professionnel ?

Actuellement, nous sommes dans un syndicalisme d'adhésion avec cotisations. C'est plus difficile que dans certains pays qui ont fait le choix d'un syndicalisme dit participatif mais obligatoire. Le milieu professionnel français n'y est pas encore prêt.

En tous cas, nous constatons un désenchantement et un effritement de la participation à l'ensemble des syndicats. Pourquoi ? Peut-être parce que le dialogue entre les syndicats et les professionnels ne leur parlent pas. Sans doute aussi en raison du foisonnement d'organismes : URPS, fédérations diverses (des soins primaires, des Maisons et Pôles de santé) qui deviennent de vrais interlocuteurs d'autant plus facilement que les gouvernements successifs tentent de contourner les syndicats.



Dr Patrick Gasser

Le milieu est aussi bousculé avec de nouveaux industriels qui arrivent sur le marché et peuvent faire peur à certaines verticalités. La présence renforcée des usagers dans les différentes instances officielles modifie aussi notre environnement.

Il y a cependant deux syndicats qui pour l'un reste stable, c'est celui des généralistes, et pour l'autre progresse, c'est Le Bloc. Pourquoi ? Parce qu'ils ont une approche très corporatiste. Permettront-ils de faire évoluer le secteur ? Ils ont été utilisés sur le plan politique mais il n'est pas certain qu'il y

ait de grands changements pourtant nécessaires pour l'avenir de notre profession.

L'expérience de l'UMESPE montre qu'il est possible de fédérer les syndicats verticaux qui souhaitent porter le même drapeau pour donner un même sens à la profession. C'est pourquoi nous portons la volonté d'identifier notre métier au travers de l'expertise. Les spécialités veulent se positionner comme experts sur le parcours des patients, parcours pertinence, efficace, performant.

Un autre motif de mobilisation est le changement. Doit-on le subir ? La radiologie n'attend pas, elle est moteur de son évolution. Ainsi, la charte du médecin radiologue et du patient définit les relations entre les deux acteurs. La FNMR et les radiologues construisent leur expertise mais toutes les spécialités doivent construire une expertise commune.

Un métier qui n'évolue pas est un métier qui meurt. C'est pour cela que l'innovation est un élément important de notre profession. Ne la laissons pas aux autres, notamment aux ingénieurs, notamment à ces plateformes qui sont en train d'arriver et qui innovent elles aussi, dans le parcours, dans l'organisation. C'est à nous qu'il appartient de créer ce partenariat entre des industriels et la profession.

Dans cette optique, la première démarche a été d'essayer de fédérer à l'UMESPE, mais cela va au-delà de l'UMESPE. Libéraux et hospitaliers sont concernés parce que le métier va devenir le même. Nous avons organisé les journées et les états généraux de la médecine spécialisée. L'université était présente parce qu'elle se pose les mêmes questions.

Nous avons ensuite parlé d'innovation et d'industriels. Nous recherchons les financements de ce que nous appelons « La Maison de la création et de l'innovation en santé ». Aujourd'hui, tous les partenaires souhaitent être parmi les fondateurs.

Il faudra ensuite porter devant l'État et le financeur de nouvelles prises en

charge, organisationnelles ou techniques.

Nous ne devons pas oublier que l'objectif est bien de répondre à la demande de tous les usagers sur l'ensemble du territoire.

Cette fédération de la médecine spécialisée n'a pas pour vocation de déstabiliser tels ou tels syndicats horizontaux, pluri-catégoriels. Il nous faut évoluer parce que le terrain ne nous écoute plus et ne nous fait plus confiance.

Au travers de trois éléments – le rassemblement autour d'une fédération, une maison de la création et de l'innovation, des échanges réguliers avec le terrain et l'ensemble des acteurs - nous pouvons être les acteurs de la mutation.

Premier débat

Les stages en libéral

A l'issue de la première partie de ce séminaire, Patrick Souteyrand rappelle que dans le DES, les stages en libéral sont encouragés mais pas obligatoires. Les responsables des hôpitaux n'ont aucun intérêt à faciliter les stages en libéral alors qu'ils font tourner leurs établissements avec les internes. Il appartient à ces derniers de les demander. C'est seulement à cette condition que les responsables de la FNMR dans les régions pourront discuter avec les universitaires.

Caroline Rutten indique que les postes en libéral sont ouverts aux semestres plus avancés, en quatrième ou cinquième année. Les stages sont souvent appré-

ciés. Mais il n'y a pas eu de nouvelles ouvertures. Il faut effectivement que les internes saisissent les coordinateurs de DES.

Un intervenant souligne que les blocages ne viennent pas que des hôpitaux mais aussi des ARS qui, finalement, déterminent le nombre de postes d'internes ouverts.

Un intervenant considère que si les acteurs locaux doivent s'engager pour les stages en libéral, il faut surtout re-

« Les spécialités
veulent se
positionner
comme experts
sur le parcours
des patients. »

¹⁴ Union nationale des médecins spécialistes confédérés

venir sur les ordonnances Debré qui attribuent le monopole de la formation au CHRU ¹⁵. Si demain, il est décidé que l'université peut contractualiser avec un offreur de soins pour faire de l'enseignement, il sera alors possible d'accueillir les internes en stage dans le privé. C'est une voie pour ouvrir les formations à la professionnalisation.

Eric Chavigny rappelle le partenariat FNMR-UNIR destiné, entre autres, à favoriser les stages en libéral. Une commission des stages sera mise en place dans chaque région au sein de la FNMR servant de cadre de discussion avec les internes pour connaître leurs attentes, en particulier sur certaines spécialités comme par exemples la sénologie ou l'ostéo articulaire, qui sont largement pratiquées en libéral.

Emmanuel Loeb considère que tant que le statut hospitalo-universitaire ne sera pas remis en cause, le U sera forcément attaché au CHR et qu'il sera donc compliqué d'ouvrir l'enseignement à d'autres terrains de stages que ceux qui sont en CHRU ou dans les GHT ¹⁶.

Patrick Gasser rappelle que le ministre a annoncé que les stages en ambulatoire, pour la médecine spécialisée, seraient obligatoires, à terme. Il y a des maîtres de stages universitaires en médecine générale mais pas encore en médecine spécialisée. Ces formations pourraient être proposées à l'avenir.

Eric Guillemot observe que les acteurs ont conscience de la nécessité d'une formation mixte pour un exercice mixte qui est le souhait de la plupart des internes. Récemment, l'URPS PACA a organisé un séminaire ouvert aux internes sur l'installation et les possibilités d'exercice mixte. Beaucoup d'internes en médecine générale y ont participé. Au nom du principe d'égalité, il sera peut-être possible d'imposer pour les internes en spécialité les mêmes obligations de stages que pour les internes en médecine générale

Bruno Silberman revient sur la question syndicale. Pour que le syndicalisme marche, il faut qu'il soit reconnu par la base et par les tutelles. La reconnaissance est aujourd'hui très corporatiste. C'est-à-dire que les radiologues parlent avec les radiologues, les cardiologues avec les cardiologues, etc. Les syndicats verticaux se rajeunissent ce qui est moins vrai pour les syndicats polycatégoriels.

Les radiologues libéraux syndiqués sont près de 4000. Ce taux de syndicalisation est relativement satisfaisant. Mais ce serait encore mieux avec 8000 radiologues. Lorsque, de temps en temps, tous les spécialistes s'unissent sur un même thème, leurs voix portent. Comment associer le syndicalisme de génération dont l'émergence ne simplifie pas le paysage syndical ? Comment se faire reconnaître auprès des médecins installés, des jeunes et des tutelles qui préfèrent nettement

la division à l'unité ? Pourquoi ce nouveau syndicalisme de jeunes n'essaie-t-il pas d'investir les syndicats existants pour en faire des organisations dans lesquelles ils se reconnaîtraient ? Il y a déjà eu par le passé un syndicat de jeunes médecins et on observe, au niveau national, de nombreux représentants de jeunes qui font augmenter le nombre de participants dans les négociations. La multiplication des représentations est un risque de division faisant le jeu de l'État.

Pour Emmanuel Loeb, les syndicats traditionnels ne sont plus très jeunes. Il rappelle le faible taux de syndicalisation des jeunes, 2%, et considère donc que *Jeunes Médecins* ne prend pas d'adhérents aux autres syndicats. Par ailleurs, il s'interroge sur les échanges avec les autres syndicats. Avec qui les jeunes doivent-ils discuter ? Les syndicats polycatégoriels, les syndicats verticaux ? Si la radiologie fait exception avec un syndicat pour les libéraux et un autre pour les hospitaliers, il n'en est

pas de même pour les autres spécialités comme la psychiatrie qui compte plusieurs syndicats hospitaliers et plusieurs syndicats libéraux.

L'idée de *Jeunes médecins* est d'essayer via la nouvelle génération, d'avoir une vision unifiée. Il est possible d'imaginer que la jeune génération aura été habituée à participer à un syndicalisme unifié, c'est à dire un lieu d'échanges entre généralistes et spécialistes, hospitaliers et libéraux, etc. C'est face aux tutelles qu'il faut un discours uni.

Patrick Gasser ne voit pas d'opposition à la création d'un syndicat de jeunes médecins si celui-ci est capable de s'intégrer dans un ensemble fédératif pour faire évoluer le métier.

SNPL ¹⁷
(M. O. Rigazio)

Le parcours syndical d'Olivier Rigazio s'explique par son expérience professionnelle. De nationalité suisse, il intègre Swissair en 1994. En 2001, la compagnie fait faillite. Après un passage dans l'aviation d'affaires, il entre à Air France.



Les pilotes sont formés professionnellement mais aussi « mentalement ». Les pilotes d'Air France sont ainsi formés selon

l'acronyme FORDEC :

- F, ce sont les faits : qu'est-ce qui se passe ?
- O, ce sont les options ;
- R, c'est le risque ;
- DEC, c'est la décision, l'exécution et le contrôle de tout ce qu'on a analysé avant.

Le SNPL - qui comprend des pilotes de plusieurs compagnies aériennes ¹⁸ - s'est construit en analysant les risques selon le modèle d'organisation. Il en a tiré la nécessité d'être apolitique, pour garder sa liberté. Il est aussi indépendant, c'est à dire sans affiliation à une centrale syndicale car dans ce cas les combats syndicaux deviennent politiques.

Le syndicat défend les pilotes. Il est corporatiste. Pourquoi ? Olivier Rigazio revient sur son expérience de

« Pour que le syndicalisme marche, il faut qu'il soit reconnu par la base et par les tutelles. »

¹⁵ Centre hospitalier régional et universitaire

¹⁶ Groupement hospitalier de territoire

¹⁷ Syndicat national des pilotes de ligne

¹⁸ Air France, Norwegian, Ryanair, Easyjet, ...



M. Olivier Rigazio

pilote chez Swissair. La compagnie possédait une filiale, la Sabena. Dans cette compagnie, les 1500 pilotes ont été intégrés dans un syndicat unique comprenant 15 000 personnes au sol. Leurs intérêts n'étant pas ceux

des pilotes, ces derniers ont vu leurs contrats modifiés à la baisse.

Une des difficultés d'un syndicat corporatiste, c'est de rassembler une petite population. Il faut assumer ce risque qui est le prix de l'indépendance.

Un des enjeux de notre vieux syndicat est de se renouveler. Le SNPL fonctionne avec des jeunes mais aussi de plus anciens qui ont une connaissance des dossiers. Il faut trouver cet équilibre entre ceux qui apportent du sang neuf et ceux qui ont la connaissance des dossiers et de l'historique.

La féminisation pose aussi problème en raison des contraintes légales de vol. Il n'y a que 12% de femmes pilotes à Air France et encore moins dans les plus petites compagnies. En effet, celles-ci embauchent peu de femmes en raison des obligations de vol (nombre de vols par mois) qu'une femme enceinte ne pourra pas respecter. Pour une compagnie d'une dizaine de pilotes, c'est au moins 10% des effectifs immobilisés.

Une autre difficulté de notre syndicat est de faire travailler ensemble des personnes qui sont continuellement en déplacement. Il est donc difficile pour un jeune de se faire connaître. Le moyen, limité, est Internet avec notre forum syndical.

Enfin, en regroupant un grand nombre de pilotes, le syndicat est parfois traversé par des discussions stériles fonction des visions différentes des membres. Comment élaborer une stratégie, par exemple vis-à-vis du président d'Air France qui vient d'être nommé ?

Enfin, un petit syndicat a relativement peu de moyens ce qui limite ses possibilités de communication. Nos cotisations vont de 40 à 100 € par mois. Le syndicat reste dirigé et animé par les pilotes. Mais c'est une contrainte forte étant données nos obligations de vol

qui ne nous laissent que peu de temps pour l'activité syndicale.

Le futur devra conjuguer un mélange d'anciens qui portent la connaissance et les acquis du syndicat, qui connaissent les arcanes des négociations et des jeunes qui insufflent la dynamique.

SPL¹⁹
(Mme. N. Bouneb-Guerin)

Le parcours syndical de Nagette Bouneb-Guerin est lié à son parcours professionnel. Élève de l'ENAC²⁰,



l'enseignement suivi l'a formatée. Ses collègues l'ont reconnue en tant que pilote à part entière par l'excellence exigée par ce cursus et la pugnacité de cette jeune femme.

L'adhésion au syndicat, avec les autres membres de sa corporation, devenait évidente au fil du temps.

Après une césure pour passer un DESS, elle rejoint une nouvelle entreprise mais les modèles de formation ont changé l'aviation. Les futurs pilotes peuvent passer par différentes écoles payantes.

L'adhésion à un syndicat devient une nécessité lorsqu'elle passe commandant de bord à Aigle Azur : sa responsabilité pénale peut être engagée, le SNPL lui offre une couverture juridique.

Les compagnies low-cost sont ensuite arrivées, la réglementation européenne s'est imposée. Les compagnies demandent plus de compétitivité, rognent pour beaucoup sur les conditions de travail et de salaire.

Nagette Bouneb-Guerin s'oriente alors vers un syndicat à l'écoute de tous, pilotes de grandes compagnies mais aussi de plus petites dont les conditions de rémunération et de travail sont très différentes.



Mme Nagette Bouneb-Guerin

Le SPL fonctionne selon le principe de la démocratie participative. Défensive ? Peut-être. Offensive ? Peut-être. Mais le plus important est d'apporter des idées neuves.

Le SPL attache de l'importance à l'idée que la corporation des pilotes s'insère dans une chaîne de professions. Nous cherchons à pérenniser nos emplois à travers les autres emplois. C'est pourquoi le SPL est affilié à une fédération de syndicats de la FGTE, Fédération Générale des Transports et de l'Environnement de la CFDT qui reconnaît la représentativité des pilotes de ligne, partage ses idées et leur donne aussi des moyens.

La fédération ouvre les portes aux médias et aux ministères. Elle donne surtout accès à l'Europe dont les conditions de travail des pilotes dépendent pour toute la réglementation. Il faut savoir frapper à la bonne porte si le SPL veut les bons interlocuteurs.

Les pilotes très expérimentés détiennent peut-être l'histoire syndicale, le savoir faire mais, parfois, sclérosent le débat d'idées.

L'avenir du syndicalisme se fera avec les jeunes et avec les femmes. Un syndicat doit être représentatif de sa base. Celle-ci est plurielle et les femmes ne doivent pas être oubliées.

IFEC²¹
(M. D. Barbarossa)



L'IFEC est le syndicat majoritaire de la profession. Il est le premier syndicat avec 4.000 adhérents (20% des 20 000 profession-

nels inscrits au Tableau de l'Ordre des Experts-comptables ou de la Compagnie Nationale des Commissaires aux comptes). L'autre syndicat (ECF) représente 7% de la profession (1.400 adhérents). La branche est donc très syndiquée.

Le rôle du syndicalisme dans la négociation collective est généralement reconnu. Les accords passés avec les tutelles, par nos deux syndicats patronaux et les syndicats de salariés, sont systématiquement étendus à toute la profession.

Mais aujourd'hui, ce rôle est un peu moins bien compris par les plus jeunes qui peinent à se syndiquer.

Deux organismes de la profession existent qui permettent aux jeunes de nouer des contacts dans la branche et de s'intégrer dans l'action collective,

¹⁹ Syndicat des pilotes de ligne

²⁰ Ecole nationale de l'aviation civile

²¹ Institut Français des Experts-comptables et des Commissaires aux comptes



syndicale. Il s'agit de l'ANECS²² qui réunit les stagiaires et du CJEC²³ pour les jeunes professionnels. Le terme « jeune » ne fait pas référence à l'âge mais désigne les professionnels qui ont moins de cinq ans d'activité.

Le premier combat syndical de Denis Barbarossa a été la baisse des cotisations pour faire adhérer un plus grand nombre de petits cabinets et les plus jeunes. Il repose sur le principe du ROI²⁴, retour sur investissement, qui met en évidence ce que le syndicat doit fournir comme services et avantages en échange de la cotisation.



M. Denis Barbarossa

Le premier service, c'est la négociation collective. Certains adhérents scrutent les extensions de l'accord et les augmentations de salaire pour la branche. Chaque entrepreneur fait, ensuite, librement son choix, mais il y a une direction qui est donnée.

Le deuxième service est juridique. Il permet de répondre aux 500 questions, en moyenne, posées chaque année par les adhérents. Ce service comprend aussi une FAQ en ligne.

Un autre service est l'audit social qui permet, pour les cabinets qui n'ont pas de DRH²⁵, de se mettre en conformité avec la convention collective.

L'IFEC c'est avant tout un institut « un think tank » qui a vocation à préparer l'avenir et donc dispenser des formations « orientées » cabinet offrant des outils utiles dans la pratique quotidienne.

En dépit du nombre croissant d'adhérents, le choix de cotisations faibles rend difficile la gestion du budget du syndicat et oblige à innover en permanence pour que les adhésions soient renouvelées.

Nous organisons aussi 250 rencontres par an, dans toutes les régions, avec nos sections afin que les adhérents puissent échanger.

Pour les jeunes, ces réunions permettent de se créer un réseau professionnel indispensable avant de se lancer dans le rachat ou la création d'un cabinet.

Dans sa fonction d'institut, l'IFEC organise aussi des salons de réflexion sur l'avenir, sur l'informatisation, sur le potentiel de la blockchain, sur la transmission de cabinets qui mettent en face acheteurs et vendeurs, etc.

Les jeunes n'effectuent plus les 50-60 ou 70 heures hebdomadaires de nos aînés. Leur maximum est de 40 à 50 heures. En dépit de ces baisses de rythme, la profession a été touchée par de nombreux burn-out y compris parmi les collaborateurs. Le syndicat a fait prendre conscience aux tutelles que le trop plein normatif français contribue à toujours plus d'activités de moins en moins rémunérées et nous obligent à

devenir des intermédiaires entre nos clients et l'administration. Nous avons lancé une étude sur la qualité de vie au travail pour nous aider à accompagner les cabinets qui le souhaitent.

Nous voulons aussi faire prendre conscience qu'exercer notre profession, c'est être un entrepreneur ce qui nécessite d'avoir une stratégie : se positionner en fonction de ses compétences, de ses attentes et de ses collaborateurs.

Le syndicat sait encore être le porte-parole du ras-le-bol fiscal et administratif de nos clients auprès des tutelles. C'est un rôle de courroie de transmission qui constitue une participation à la vie de la cité.

Le syndicat facilite le pont entre les modalités d'exercice professionnel dans un univers où les jeunes sont souvent dans un zapping entre le salariat, la profession libérale, le salariat en entreprise, le salariat en cabinet. Ces allers-retours compliquent la relation au syndicat, à l'Ordre et à la Caisse de retraite. Des carrières moins linéaires entraînent une participation au syndicat moins permanente. Il appartient au syndicat de faire comprendre aux jeunes que l'adhésion est un moyen de s'ouvrir et de se développer professionnellement.

Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines

(Pr. P. Hassenteufel)

Patrick Hassenteufel, sociologue, travaille sur les politiques de santé et les différents acteurs de ces politiques, et en particulier les organisations syndicales.



Pr. Patrick Hassenteufel

Un bref détour historique permet d'identifier des éléments relativement constants et de mieux cerner ceux qui sont véritablement nouveaux et à prendre en compte pour le syndicalisme.

Sur la longue période, ce qui est très frappant, c'est le passage d'un syndicalisme unique, avec la CSMF²⁶ à un paysage extrême-

²² Association Nationale des Experts-comptables et Commissaires aux comptes stagiaires

²³ Club des Jeunes Experts-comptables & Commissaires aux comptes

²⁴ Return on investment

²⁵ Direction des ressources humaines

²⁶ Confédération des syndicats médicaux français

ment fragmenté. Nous pourrions penser que plus il y a d'organisations différentes, plus cela permet de prendre en compte les intérêts, les aspirations des différents segments de la profession. Mais, en réalité, plus le syndicalisme médical est fragmenté, moins la syndicalisation est importante.

Les nouvelles organisations qui sont apparues progressivement, à partir de la fin des années 50, se sont organisées autour des spécialités, des modes d'exercice, hospitalier ou libéral puis des jeunes. Viennent ensuite des organisations spécifiques aux jeunes, par exemple le SNJMG²⁷ ou ReAGJIR²⁸. Ce sont des évolutions qui contribuent, d'une certaine façon à la fragmentation mais qui font aussi émerger de nouvelles revendications, de nouvelles aspirations. Elles sont liées à des transformations générationnelles mais aussi, à la question de la féminisation. La présence des femmes est beaucoup plus forte dans les organisations de jeunes médecins mais c'est vrai de manière plus générale, avec des revendications plutôt nouvelles pour la profession médicale, notamment autour de la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.

En même temps, ces revendications spécifiques aux nouvelles générations, joue un rôle d'aiguillon au rapprochement entre les diverses organisations. Les enjeux des politiques de santé poussent à une action plus concertée entre les différentes organisations syndicales, voire à des regroupements organisationnels plus importants. Une des évolutions, le développement de l'exercice mixte, renvoie à un enjeu important qui est celui de l'entrée dans la profession mais aussi, d'une certaine façon, conduit à rebattre les cartes autour de la séparation entre les praticiens et les universitaires et la coupure avec les sociétés savantes.

C'est un des enjeux majeurs : celui de la formation, de la préparation à l'exercice en dehors de l'hôpital. L'Etat semble y être ouvert avec la réforme des études médicales. L'agenda gouvernemental actuel pousse aussi aux rapprochements des syndicats puisque les enjeux des politiques de santé sont de plus en plus des enjeux intersectoriels, par exemple avec les CPTS²⁹, l'accent mis sur les regroupements, la coordination ville-hôpital. Tout cela pousse à des modes d'actions communs dans lesquels les radiologistes ont un rôle spécifique à jouer.

Les radiologistes sont des spécialistes un peu particuliers. Ils ne sont pas spécialisés sur un organe. Ils ont une vision plus générale du patient. Le mot d'ordre de coordination des soins est certainement un positionnement important pour la Fédération mais aussi pour les radiologistes de manière générale.

Les patients ont aussi été mis en avant. Avant la loi Kouchner³⁰, leur représentation était assez faible.

Un dernier lien avec l'histoire renvoie aux pratiques syndicales avec les organisations issues de mouvements sociaux, par exemple les coordinations. Elles se créent sur l'idée de surmonter les divergences syndicales. Mais paradoxalement, on veut être plus unitaire et finalement, on contribue à la fragmentation. C'est une aspiration à l'unité qui a concerné les médecins dans les années 1990 avec les coordinations contre les enveloppes globales et qui est toujours présente.

La démocratie directe est une autre aspiration à de nouvelles pratiques syndicales. C'est ce que nous observons avec les gilets jaunes. Mais c'est aussi une revendication exprimée par les jeunes médecins habitués à Internet et aux réseaux sociaux qui ont un im-

pact sur les pratiques.

Le dernier point à évoquer est celui de la communication sur les revenus des radiologistes mais aussi sur leur place, et plus généralement, celle de tous les médecins dans l'accès aux soins. L'actualité des gilets jaunes montre la forte demande de services publics, d'accès aux soins. C'est un contexte qui permet de mettre en avant l'importance du rôle de la profession médicale.

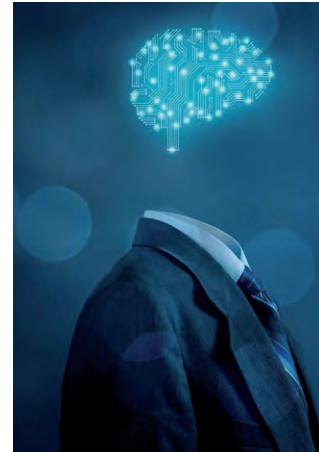
En définitive, un discours syndical centré sur les conditions d'exercice, les conditions de travail, est parfaitement audible alors qu'il ne l'était peut-être pas forcément il y a quelques années du fait de votre niveau de revenus.

Second débat

L'intelligence artificielle

Eric Chavigny demande aux pilotes qu'elle est leur approche de l'intelligence artificielle alors qu'il semblerait qu'elle pourrait les remplacer ou du moins fortement limiter le facteur humain dans le pilotage.

Olivier Rigazio rappelle que le nombre de personnes dans un cockpit est passé de 5 à 2. L'idée des ingénieurs serait de passer à 0. Pourquoi ? Parce que le système est redondant. Si un pilote a un problème médical et ne peut plus assurer son job, c'est le copilote qui fait tout. Être 1 ne sert pas à grand-chose. Les constructeurs, Airbus et Boeing, souhaiteraient passer de 2 à 0. Les pilotes doivent-ils combattre ou accompagner le changement ? Un avion a une durée de vie de 20 ans. Si un avion arrive maintenant sur le marché, pendant 20 ans il faudra des pilotes pour le faire voler. En conséquence, un pilote en milieu de carrière aujourd'hui est assuré d'avoir du travail jusqu'à sa retraite, ce qui n'est pas le cas des jeunes.



Les enjeux des politiques de santé poussent à une action plus concertée entre les différentes organisations syndicales, voire à des regroupements organisationnels plus importants.

²⁷ Syndicat national des jeunes médecins généralistes

²⁸ Le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

²⁹ Communauté professionnelle territoriale de santé

³⁰ 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La dimension économique implique qu'à chaque période où il manque des pilotes, la réflexion est d'imaginer faire voler les avions sans pilotes. Une banque suisse, très engagée dans le leasing d'avions, serait intéressée par des avions sans pilote ce qui réduirait les coûts.

Technologiquement, c'est possible comme on le constate avec les drones. Mais, il y a un risque qu'un tel avion soit hacké. C'est un frein au passage à 0 pilote.

Nagette Bouneb-Guérin complète en reprenant les propos du développeur de Siri pour qui il n'y a pas d'intelligence artificielle. Seul l'homme est intelligent, la machine ne fait qu'appliquer ce qu'il lui a été appris, en cas de problème complexe. Par exemple, je suis sur Airbus, on me dit toujours Back to basics, c'est-à-dire que quand

Olivier Rigazo répond que si son syndicat est celui des pilotes, ils sont conscients de faire partie d'une chaîne dont ils ne sont qu'un maillon. Il est essentiel que tous les maillons se portent bien sinon, les pilotes ne décolleront pas. La semaine précédente, à Francfort, une grève des agents de sûreté a provoqué l'annulation de 90 % des vols. Quant à l'augmentation de salaires à Air France, elle a concerné tous les employés de la compagnie.

Les relations avec les usagers

Franck Boudghène souligne le défi commun des trois professions, radiologue, pilote, expert-comptable, devant la mutation numérique. Elle conduit à des évolutions des modes d'exercice, au changement des métiers. La question se pose de l'évolution du syndicat

dans les rapports avec les usagers, les patients pour les radiologues. Le modèle de relations syndicat usagers doit évoluer passant d'un modèle vertical vers un modèle horizontal.

Nagette Bouned-Guérin indique que les usagers, s'ils ont un problème, vol en retard ou annu-

lé par exemple, se retournent directement vers la direction. Les radiologues sont des entrepreneurs, les pilotes de simples salariés. Le seul rapport des pilotes avec les usagers est le salut à l'entrée et à la sortie de l'avion.

Pour Denis Barbarossa, le syndicat est touché à différents niveaux. Dans la branche, il y a le syndicat et l'Ordre. L'Ordre a vocation à défendre l'intérêt général, notamment celui de l'utilisateur et des clients, et de sécuriser le marché. Le rôle du syndicat est de défendre l'intérêt particulier de ses adhérents mais également de les accompagner dans leur développement et dans l'innovation comme pour le numérique.

Il faut comprendre que notre profession doit évoluer parce que les clients peuvent quasiment faire eux-mêmes

80 % du travail avec de bons outils informatiques et de bons robots qui seront correctement paramétrés. Il ne s'agit pas d'intelligence artificielle mais juste d'algorithmes à peu près correctement pensés. Le travail du comptable – pas forcément celui de l'expert-comptable – est de plus en plus automatisé.

En tant que syndicaliste, il faut accompagner les adhérents et leurs collaborateurs. Pour ces derniers, la réponse est de les faire monter en compétence pour leur permettre de comprendre ce qu'est le conseil. C'est la raison de l'investissement en formation.

Jean-Charles Leclerc fait le parallèle entre l'exercice libéral de la radiologie et l'expertise comptable. Les deux professions connaissent des mouvements de concentration. Le salariat attire de plus en plus. Quelles sont les répercussions sur le nombre d'adhérents ? Les structures les plus importantes sont-elles syndicalisées ?

Denis Barbarossa confirme que sa profession, autrefois atomisée, a tendance à se concentrer. Mais son syndicat regroupe toujours des petits, des moyens et des gros. Les dix plus gros cabinets français sont adhérents de l'IFEC qui leur demande de faire aussi adhérer leurs associés.

Le réflexe reste un réflexe de libéral. Quand un expert-comptable est dans un groupe de 250 associés, il y a 250 libéraux qui raisonnent comme tel. Le syndicat ne connaît pas de baisse d'adhésions, la profession continue à se développer et le syndicat aussi. ■



Boeing 737 Max

on a un problème qu'on ne comprend pas, on enlève tous les automatismes et on revient à un pilotage manuel. Il serait étonnant que demain, on passe de 2 à 0 pilote pour des raisons économiques. Il serait surprenant que ceux qui montent à bord confient leur vie à une machine.

Un intervenant manifeste son désaccord sur le principe d'un syndicat corporatiste. Il considère que cette approche sacrifie le long terme.

Il prône une vision – pour la radiologie – qui défend les intérêts des radiologues et des autres spécialités médicales mais aussi ceux des patients. Avec une grève récente, les pilotes ont obtenu une augmentation. Sur le court terme, le corporatisme a été payant mais sur le long terme c'est le risque d'une perte de compétitivité pour la compagnie.

Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Du PACS à la téléradiologie, le territoire investit dans l'imagerie avec Evolucare

Déjà opérationnel pour les centres de radiologie libéraux, le PACS Courbaril Gate Imagerie sera totalement déployé d'ici l'été prochain, en partenariat avec Evolucare. Cet équipement permettra l'ouverture d'un service de téléradiologie avant la fin de l'année.

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) eSanté Archipel 971 est chargé du développement de l'e-santé pour le territoire de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Ses travaux visent en priorité à accompagner les professionnels dans le développement des usages numériques et à implanter des outils dans un environnement de systèmes d'information de santé urbanisé, interopérable et sécurisé. Déjà retenue pour équiper la région d'un PACS central, la société Evolucare Imaging intervient maintenant pour mettre en œuvre un service de téléradiologie (cf encadré).

« Nous faisons face, comme en métropole, à un déficit en médecins, et plus particulièrement en radiologues, qui nous a poussé à prendre des initiatives dans le secteur de l'imagerie », explique **Nicolas Boulet**, Directeur Technique et RSSI du GCS. L'investissement dans le PACS et dans la solution de permanence des soins en radiologie s'inscrit dans un environnement numérique déjà riche d'une quinzaine de services : annuaire, messagerie sécurisée, éducation thérapeutique, télé-médecine, etc. Depuis le lancement de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), en septembre 2015, le portail destiné aux professionnels de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy n'a cessé de s'étoffer...

Afin de consolider la construction de cet ENRS, qui facilite le partage et l'échange de données de santé entre ville et hôpital ainsi que la mutualisation des systèmes d'information, les data centers du GCS ont été agréés, mi-2017, pour l'hébergement de données de santé.

La naissance du projet de PACS remonte à un

appel à projet de l'Institut national du cancer pour le développement d'une seconde lecture des mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Mais son périmètre couvrira finalement la totalité de l'imagerie. Ce chantier qui aura duré deux ans environ doit s'achever à l'été 2019 avec la connexion de l'ensemble des centres d'imagerie, libéraux et hospitaliers.

Le choix d'Evolucare Imaging s'est fait au terme d'une étude comparative des offres du marché et d'une enquête prospective menée par le GCS auprès des acteurs de santé équipés des différentes solutions à l'étude. Déjà opérationnel pour les centres de radiologie libéraux, Courbaril Gate Imagerie archive un volume quotidien de 7 à 800 examens (images et comptes rendus), soit l'équivalent de quelque 40 Go de données. Le service facilite le suivi au long cours des patients en donnant accès à leur historique.

« Une fois l'examen réalisé, le patient se voit tout simplement remettre un identifiant unique qui permet à son médecin traitant de consulter directement le dossier dématérialisé sur le PACS grâce à la solution d'Evolucare Imaging, explique Nicolas Boulet. Actuellement, le GCS accompagne aussi les radiologues dans les changements d'organisation induits par la future plateforme de téléradiologie.

Evolucare a également pour mission d'assurer l'intégration des workflows de téléradiologie au service existant de télé-médecine. Le socle de l'ENRS gère en effet l'annuaire centralisé des professionnels de santé et le serveur d'identité régional.



Avec le PACS, puis la téléradiologie d'Evolucare Imaging, le GCS eSanté Archipel 971 s'apprête à franchir une étape supplémentaire dans la mise à disposition des professionnels et des patients de services numériques qui contribuent à améliorer l'accès aux soins en abolissant les distances. ■

À PROPOS D'EVOLUCARE IMAGING

La solution RIS/PACS Evolucare Imaging 100% Web permet l'archivage, la diffusion et la visualisation de l'ensemble des images et vidéos produites dans un établissement de santé.

La plateforme de téléradiologie regroupe les fonctionnalités dans une interface Web unique : interprétation à distance, demande d'examen, liste de travail, dictée numérique et reconnaissance vocale.

Plus d'informations sur imaging.evolucare.com

 evolucare

L'union fait la force



Depuis la fin du XIX^e siècle, à la suite des corporations, les différentes professions ont ressenti la nécessité de mettre en place des structures syndicales pour défendre leurs intérêts. Cette nécessité s'est imposée chez les médecins, aboutissant à la création de la Confédération des syndicats médicaux français en 1928. C'est la CSMF qui a rédigé la charte de la médecine libérale dont des piliers constituent encore le totem de l'exercice libéral en France.



Dr Jean-Paul Ortiz
Président de la CSMF¹

Si la nécessité de se regrouper en structures syndicales s'est imposée dans notre société française et a traversé le XX^e siècle, c'est bien parce que chaque professionnel a ressenti le besoin de se rassembler pour être plus fort. L'isolement affaiblissant chacun, seul le partage d'intérêts communs à la profession exercée pouvait permettre de peser avec le poids nécessaire face aux différentes mutations politiques au fil des années.

Pourtant aujourd'hui, le « syndicat » apparaît souvent comme un élément dépassé, un héritage de l'histoire appartenant plus à de vieux réflexes qu'à la construction d'un avenir. Ceci est le résultat de l'absence de considération que le pouvoir politique a eu avec les corps intermédiaires depuis des années voire des décennies. Le président de la République s'en rend compte à ses dépens avec le mouvement des gilets jaunes depuis des semaines. L'absence de structuration de ce mouvement le rend protéiforme et l'absence de leader empêche toute négociation permettant une vraie sortie de crise. À force d'entretenir un dialogue direct avec les Français, à force de mépriser les corps intermédiaires et de ne pas les considérer comme étant des structures permettant à chacun de mieux se défendre, et à tous ensemble de mieux trouver les solutions acceptables pour la profession représentée, le pouvoir politique est pris à son propre piège.

Faut-il pour autant considérer que la représentation syndicale n'a plus sa place, négligée par le pouvoir politique ? Faut-il pour autant accepter cette évolution ? Certainement pas, et surtout pas dans la période actuelle.

En effet notre métier vit une mutation majeure. L'émergence de l'intelligence artificielle, l'intégration du numérique dans le domaine de la santé, les besoins de la population qui évoluent tant en quantité qu'en qualité, les exigences des patients mais aussi des professionnels, mettent notre profession au cœur d'évolutions importantes pour ne pas dire de révolutions. Dans ce contexte l'isolement serait suicidaire. Laisser cette révolution aux mains des technocrates, des énarques ou des politiques, voilà le pire qui pourrait arriver à la médecine française.

Il est fondamental pour son avenir même que le médecin libéral, acteur de terrain, soit l'acteur de ces mutations profondes. Parce que toute réforme, toute évolution ne peut se faire et ne peut réussir qu'avec l'engagement et l'accompagnement des professionnels concernés.

La tentation est forte de se replier sur soi, de rester individualiste dans un monde qui bouge. Ou, pour les plus engagés d'entre nous, de se replier frioleusement sur un corporatisme étroit. Le métier de médecin n'échappe pas à ces tentations. Les gouvernements l'ont bien compris au fil des années et ils ont cultivé, encouragé, et vite reconnu les moindres divisions syndicales. Ceci est un handicap pour les médecins libéraux. Car chaque division de notre représentation professionnelle est un affaiblissement de notre profession.

La CSMF réunit depuis sa création l'ensemble des médecins, qu'ils

soient généralistes ou des autres spécialités, qu'ils exercent isolément ou en groupe, en cabinet ou en établissements de soins, en spécialités cliniques ou sur des plateaux techniques lourds. Cette diversité d'intérêts, de points de vue, est une richesse. Elle pourrait apparaître pour certains comme étant d'une complexité insurmontable. En réalité cette richesse est liée au débat que nous pouvons mener en interne, dans le respect et l'écoute de l'autre, afin de partager ensemble l'avenir de notre métier quelle que soit la diversité de l'exercice. Parce que la CSMF réunit toutes les spécialités, elle a vocation à rassembler largement au-delà des points de vue différents. Les débats doivent se dérouler entre médecins, et une position commune doit être celle de l'ensemble du corps professionnel. Ce n'est que dans ces conditions qu'elle a la force nécessaire pour s'imposer aux interlocuteurs et aux politiques.

« Toute réforme, toute évolution ne peut se faire et ne peut réussir qu'avec l'engagement et l'accompagnement des professionnels concernés. »

Parce qu'isolés nous sommes faibles.

Parce que, ensemble, rassemblés dans l'organisation professionnelle commune à tous les médecins, nous devenons forts et efficaces. ■

¹ Confédération des syndicats médicaux français

Le syndicalisme : une ambition partagée



Certains, dans le gouvernement et ailleurs, auraient bien aimé se passer des syndicats pour agir directement, en légitimant leur action à coups de sondages, de pétitions ou de « like » obtenus sur les réseaux sociaux. Le mouvement des Gilets jaunes a montré que, sans corps intermédiaire, il était bien compliqué de construire une issue à une contestation.



Dr Philippe Vermesch
Président du SML ¹

Dans le secteur de la santé, ne nous voilons pas la face : le syndicalisme, qui a contribué à faire naître de grands progrès à la fois pour les praticiens mais aussi, il ne faut pas l'oublier, pour les patients, rencontre des difficultés pour imposer de nouvelles grandes avancées. Le fait d'être représentatif est souvent négligé par le Pouvoir et pour tout dire, certains ministres qui choisissent ostensiblement leurs interlocuteurs parmi les plus à même de soutenir sans broncher leur action.

Depuis des années, de nombreux syndicats se sont brûlés les ailes à afficher une trop grande proximité du pouvoir. Convaincus qu'ils ne rencontreront pas d'obstacles, ces gouvernements n'hésitent alors pas à pousser les feux, avançant des réformes de plus en plus technocratiques qui finissent par les emporter en même temps que les syndicats qui les ont soutenus.

Et lorsque ces gouvernements ne trouvent plus d'alliés, ils en fabriquent en faisant émerger de nouveaux syndicats, nourrissant une balkanisation sans fin de la profession. Dans les cas où les syndicats parviennent à se regrouper pour lancer une offensive, alors nos interlocuteurs opposent les futurs médecins aux médecins installés en tentant d'actionner un conflit de génération qui n'a pas de réalité.

Malgré lui, le syndicalisme médical donne surtout à voir les combats dans lesquels il lutte contre les atteintes portées à l'exercice médical libéral, tantôt par l'Assurance maladie, tantôt par le gouvernement, par les élus locaux ou nationaux, les complémentaires, etc.

Il règne une parfaite hypocrisie dans les négociations conventionnelles ou dans les concertations avec le gouvernement. Dans les deux cas, nos interlocuteurs ne mettent jamais leurs cartes sur table. Et comme ils disposent de moyens dont les syndicats, y compris les plus anciens et les plus riches, sont dépourvus,

Chacun comprend que ce ne sont pas les médecins qu'il faut convaincre de l'intérêt du syndicalisme mais nos interlocuteurs.

chaque négociation s'en trouve déséquilibrée. Il faut donc toute l'énergie de quelques leaders syndicaux, et le maniement de nombreuses menaces, pour aboutir à des avancées acceptables.

Chacun, Assurance maladie, État et gouvernement, gagnerait à rénover le cadre de la négociation afin que le dialogue soit plus efficace et que l'on perde moins de temps en

gesticulations inutiles.

Chacun comprend que ce ne sont pas les médecins qu'il faut convaincre de l'intérêt du syndicalisme médical, mais nos interlocuteurs, lesquels sont bardés de leurs certitudes technocratiques.

Les syndicats, comme le SML, qui demeurent fidèles à leurs valeurs et défendent celles-ci sans zigzaguer, ne perdent pas leur audience. Les médecins continuent à venir dans les syndicats pour trouver une communauté au sein de laquelle ils trouveront une défense collective et individuelle, de l'information, de la formation, des services et des outils.

Les questions qui se posent pour l'avenir du syndicalisme, après tant d'années de balkanisation, sont celles de la construction et de la conquête de nouvelles avancées. Chacun a pu observer que nos amis pharmaciens avaient su, syndicats et ordre réunis, faire l'union sacrée pour obtenir des avancées décisives dans le cadre du projet de loi de santé. Le défi qui s'ouvre aux syndicats médicaux est celui-là : saurons-nous faire preuve d'unité, au-delà de nos différences bien réelles, pour défendre les fondamentaux de la profession et obtenir les avancées indispensables, au lieu de nous faire imposer les desideratas des technocrates ?

Et, au-delà du théâtre national, cette question se pose à l'échelle européenne. D'une part les pouvoirs publics n'ont de cesse d'importer leurs idées de chez nos voisins, d'autre part, l'Union européenne multiplie les coups de butoirs contre la santé pour banaliser ce secteur et en faire un service comme un autre. Une solidarité active entre syndicats médicaux au sein de l'Union Européenne permettrait à chacun d'être plus fort et d'anticiper les mouvements d'idées.

C'est en sachant s'unir lorsque c'est nécessaire, mais sans se renier, que les syndicats médicaux pourraient reprendre la main. Chaque syndicat porte une vision différente. C'est on ne peut plus nécessaire, car nos consœurs et confrères doivent pouvoir compter sur une offre riche qui leur permettra de trouver, selon leurs affinités vers qui se tourner. En revanche, tous partagent un ensemble de valeurs communes qui fondent l'exercice libéral, sur lesquelles tous pourraient se retrouver chaque fois que la profession est la cible d'attaques pour résister, mener la contre-offensive et montrer que le syndicalisme médical est un syndicalisme responsable et moderne. Au SML, nous croyons au syndicalisme de construction et nous sommes fiers de la confiance dont nous honorent nos adhérents. ■

¹ Syndicat des médecins libéraux

Partenariat FNMR UNIR

La FNMR compte maintenant 190 internes et chefs de clinique parmi ses adhérents grâce au partenariat signé avec l'UNIR. C'est déjà un bon début !

Ce partenariat se décline en région. Chaque bureau régional de la FNMR a reçu la liste des internes adhérents afin qu'ils prennent contact.

Les radiologues libéraux doivent contacter les internes de leur région qui ne sont pas encore adhérents pour les inviter à adhérer. Une fiche d'inscription a été jointe à la revue.

Une fois adhérents, les internes bénéficient des informations professionnelles, de 50% sur de nombreuses formations délivrées par Forcomed, de tarifs préférentiels sur des consultations juridiques, sont abonnés à la newsletter hebdomadaire et à la revue.

Le partenariat a aussi pour objectif la promotion de stages en libéral.

La commission « stages des internes en libéral » s'est réunie pour la première fois. Sophie Aurfot, radiologue à Montpellier, a été nommée coordonnatrice de cette commission avec Frédéric Defaux, radiologue à Poitiers.

Cette commission aura pour vocation :

- De faire un état des lieux sur les stages en libéral existants
- De recenser les terrains de stages potentiels pour les internes en formation.
- De comprendre comment préparer le projet pédagogique pour un interne, en concertation avec les équipes universitaires
- D'encadrer au niveau national les stages en libéral, en valorisant la charte de bonne pratique

La commission s'appuiera sur des relais régionaux.

Dans chaque union régionale FNMR, un radiologue référent pour les internes doit donc être nommé. Il représentera son union régionale à la commission stage en libéral.

Le jeudi 10 octobre 2019 aura lieu le speed dating FNMR – UNIR. ■

Forcomed s'engage avec la FNMR vers les internes en radiologie.

Les internes en radiologie souhaitant suivre une formation délivrée par Forcomed peuvent bénéficier d'une offre spéciale sur une sélection importante du catalogue de Forcomed. Une réduction tarifaire de 50% sera appliquée à l'inscription de l'interne en radiologie aura adhéré à la FNMR.

L'offre de Forcomed se veut « pratico-pratique », donc véritablement orientée vers la pratique courante. Par exemple l'interne peut s'inscrire à des ateliers pratiques d'IRM de la prostate ou de perfectionnement en échographie des cancers et nodules thyroïdiens. Un enseignement sur la Téléradiologie spécialement conçu par un médecin radiologue est également proposé. Consultez le calendrier annuel de Forcomed pour voir l'étendue des sujets offerts.

L'interne peut également s'inscrire à des elearning d'environ 60 minutes pour lui permettre de faire le point sur l'essentiel d'un sujet médical. Ces programmes accessibles à toute heure de la journée ont vocation à dispenser une initiation de base. Parmi les sujets disponibles on trouvera l'IRM de l'endométrieuse, le dépistage des cancers du sein chez la femme à haut risques, l'imagerie de la pathologie du pelvis féminin. D'autres sujets connexes à la radiologie sont également proposés avec notamment la CCAM, le RGDP ou l'assurance qualité devenue obligatoire récemment.

Pour l'interne qui optera pour l'adhésion à la FNMR, l'accès au catalogue de Forcomed à un tarif très préférentiel est un avantage conséquent et qui s'inscrit dans la continuité de son apprentissage courant. L'inscription à une formation est aussi source de rencontres avec des praticiens et des formateurs permettant ainsi d'enrichir les connaissances et l'expérience de l'interne.

Internes en radiologie, votre avenir nous intéresse !



Dr Jean-Charles Leclerc
Président Forcomed



Dr Eric Chavigny
Président Forco-Fmc

5 Bonnes raisons d'adhérer à la FNMR



Je pratique le dépistage du cancer du sein.

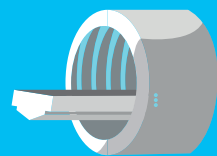
C'est la FNMR qui a inspiré et mis en place le dépistage du cancer du sein en 2004.
C'est la FNMR qui a permis de sauvegarder cette activité en libéral.
C'est la FNMR qui a créé FORCOMED, association de formation, seule agréée pour la formation des 1^{er} et 2nd lecteurs du dépistage organisé.

1

2

J'ai un ou plusieurs scanner(s) et IRM.

C'est la FNMR, interlocuteur des Pouvoirs Publics, qui promeut auprès du ministère l'augmentation des équipements en coupe. Ce sont les représentants FNMR en région, avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et des Conseils professionnels régionaux de l'imagerie (G4 régionaux), qui défendent la radiologie libérale dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) déterminant le nombre et les sites d'implantation. Ce sont les représentants FNMR qui peuvent soutenir mes demandes d'autorisations auprès de l'Agence régionale de santé (ARS).



Je ne peux pas défendre seul(e) la valorisation des examens que je réalise.

C'est la FNMR qui a obtenu du Gouvernement et de l'Assurance maladie que les plans d'imagerie ne soient plus exclusivement des baisses tarifaires mais principalement des actions de pertinence. Cette nouvelle orientation a évité des baisses tarifaires de 200 M€ portant en grande partie sur les forfaits techniques. La pertinence des actes permet de meilleurs diagnostics et de meilleurs soins aux patients.

3

4

Je souhaite rester maître de mon outil de travail et garder la maîtrise de mon plateau technique.

C'est la FNMR qui défend les radiologues libéraux face aux fédérations hospitalières publique et privée qui veulent récupérer les autorisations d'imagerie en coupe pour leurs établissements.
La FNMR, par Labelix, a mis en place un référentiel de qualité et s'oppose à une accréditation déconnectée de nos pratiques
La FNMR participe aux groupes de travail sur la réforme des autorisations en radiologie interventionnelle et non interventionnelle.



La téléradiologie et l'intelligence artificielle vont m'aider à exercer mon métier de médecin radiologue.

La FNMR participe activement à l'élaboration des règles de bonne pratique de la téléradiologie.
La FNMR est à l'initiative de DRIM France IA (Data Radiologie Imagerie Médicale France Intelligence Artificielle), l'écosystème d'intelligence artificielle conçu par les radiologues, pour les radiologues.

5



- Seul(e), je ne peux pas défendre mon exercice.
- Avec la FNMR, je me fais entendre et je défends mon exercice de radiologue libéral.
- L'adhésion à la FNMR est une action individuelle mais qui doit être collective pour les groupes.
- Ma cotisation à la FNMR me permet d'assurer un avenir pour mon métier.



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Fédération Nationale des Médecins Radiologues
168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris
Tél. 01 53 59 34 00 Mail : info@fnmr.org

La FNMR
J'adhère!

La FNMR et son environnement institutionnel

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

IRSN ASN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire, Autorité de Santé Nucléaire.

HAS : Haute Autorité de Santé.

INCa : Institut National du Cancer.

ASSO PATIENT : Association destinée à fluidifier les rapports médecins - patients.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

SML : Syndicat des Médecins Libéraux.

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français.

UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes.

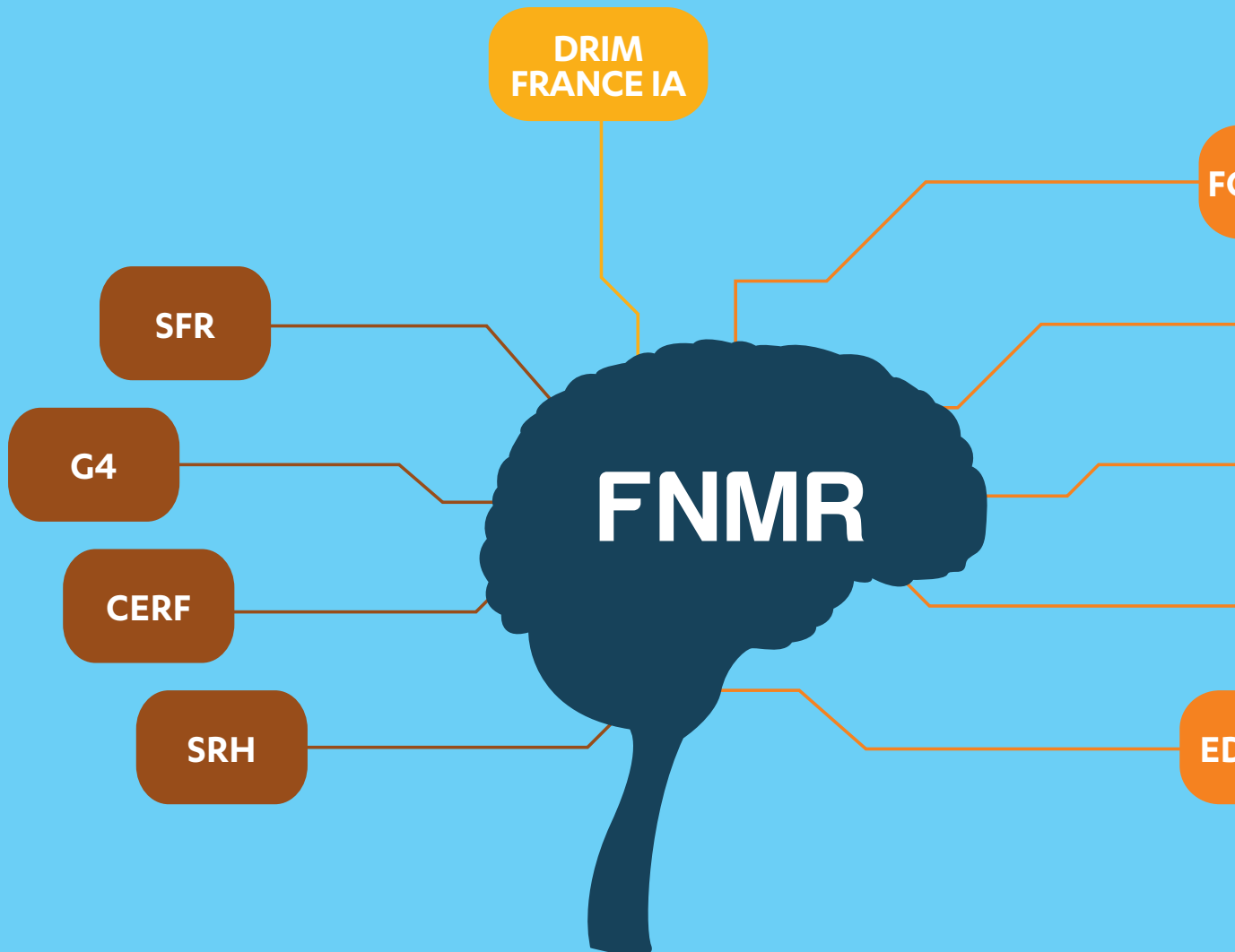
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée.

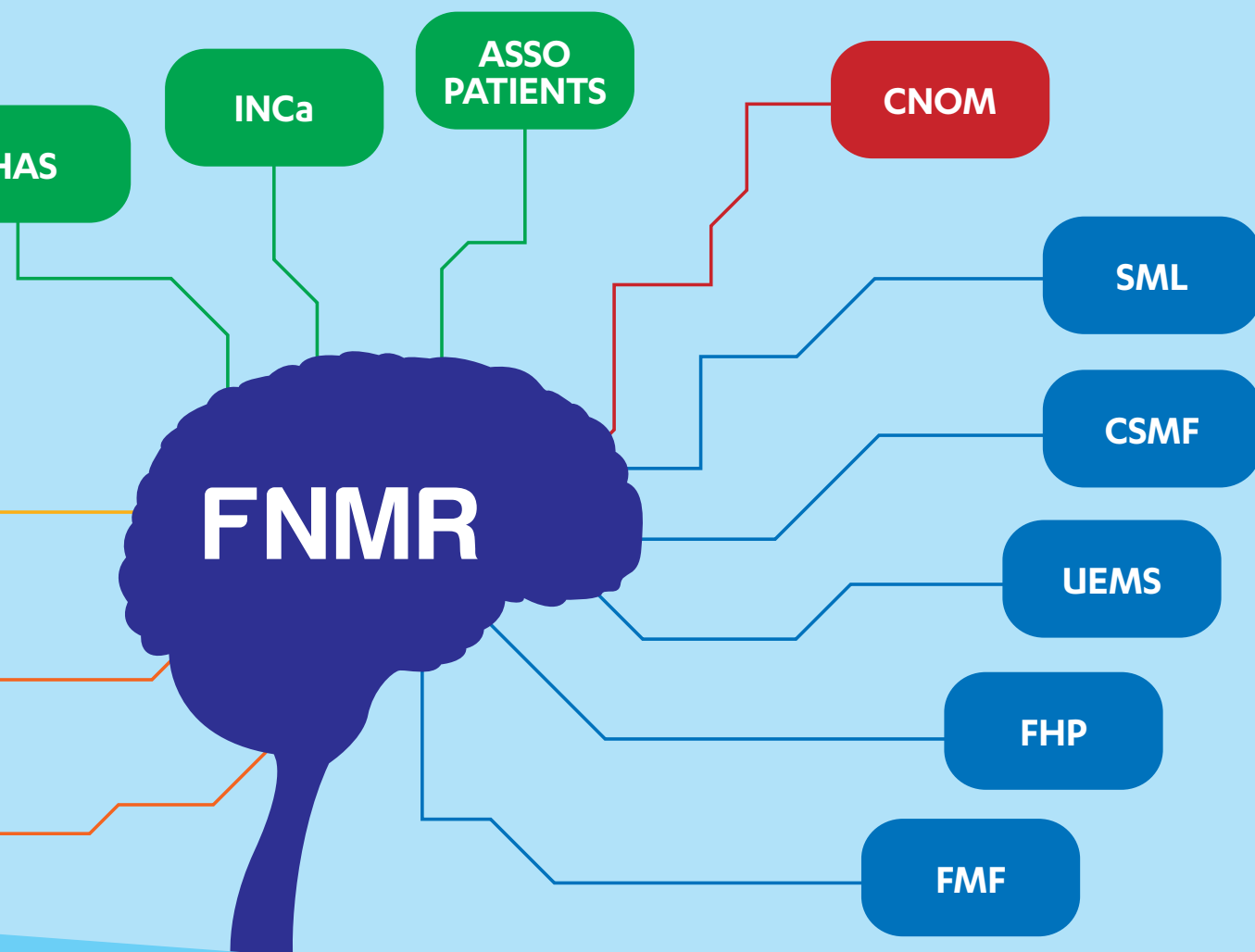
FMF : Fédération des Médecins de France.

IRSN
ASN

CNAM

Ministère
de la santé





FORCOMED

LABELIX

CEPPIM

SENOLOG

EDIRADIO

SRH : Syndicat des Radiologues Hospitaliers.
CERF : Collège des Enseignants en Radiologie de France.
G4 : Regroupement SRH, CERF, CERF et FNMR.
SFR : Société Française de Radiologie.

DRIM FRANCE IA : Écosystème Français d'intelligence artificielle dédiée à l'imagerie médicale.

FORCOMED : Association de formation des médecins spécialistes et de leurs collaborateurs.

LABELIX : Référentiel qualité en imagerie médicale.

CEPPIM : Collège d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Imagerie Médicale.

SENOLOG : Observatoire de la Sénologie.

EDIRADIO : Société d'édition de la «Revue du Médecin Radiologie».

La FNMR et son environnement en radiologie

Dépistage organisé du cancer du sein

L'arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant **modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein** a été publié le 9 mars 2019 au Journal Officiel.

Il est applicable six mois après sa parution au JO (le 9 septembre 2019).

Cet arrêté prend en compte les résultats de l'évaluation de la qualité des dépistages réalisée par l'INCa, qui a montré une sous-détection des cancers par certains types de mammographes :

- les mammographes analogiques,
- les mammographes numériques CR de marque Konika-Minolta.

Il supprime l'utilisation des mammographes analogiques dans le pro-

gramme dans un délai de six mois.

Il met à jour un certain nombre de dispositions du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein et inscrit la nouvelle organisation régionale du dépistage des cancers.

Il impose obligatoirement la 1^{ère} lecture des clichés sur console d'interprétation disposant d'écran dédié mammographie.

Par ailleurs, alors que précédemment des modèles nationaux de documents à envoyer aux femmes dans le cadre du dépistage pouvaient être mis à la disposition des structures de gestion, il est désormais précisé que tous les courriers et documents destinés aux femmes sont « fournis par l'institut National du Cancer ».

Une lettre, co-signée par l'INCa, la DGS, la CNAM, l'ANSM et le G4 en date du 11 mars 2019, destinée à l'ensemble des radiologues, demande aux professionnels à ne plus recourir aux mammographes Konika-Minolta. Une diffusion de cette lettre à l'ensemble des radiologues sera faite par les ARS dans chaque région, accompagnée de la note INCa en date du 6 décembre 2018 relative à la performance des mammographes utilisés dans le dépistage organisé du cancer du sein.

Nous attirons votre attention sur les paragraphes surlignés.

- Arrêté
- Note Inca
- Lettre co-signée

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein

NOR : SSAP1905965A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-6 et L. 1411-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L.160-8 ;

Vu l'arrêté du 29 septembre 2006 modifié relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein joint en annexe III à l'arrêté du 29 septembre 2006 est ainsi modifié :

I. – Les mots et sigles suivants sont ainsi modifiés :

1^o Les mots : « Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » et le sigle : « AFSSAPS » est remplacé par le sigle : « ANSM ».

2^o Les mots : « Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « Caisse nationale d'assurance maladie » et le sigle : « CNAMTS » est remplacé par le sigle : « CNAM ».

3^o Les mots : « Direction régionale des affaires sanitaires et sociales » sont remplacés par les mots : « agence régionale de santé » et le sigle : « DRASS » est remplacé par le sigle : « ARS ».

4^o Les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et le sigle : « INVS » est remplacé par le sigle : « ANSP ».

5^o Au 1^{er} janvier 2019, les mots : « structure de gestion » sont remplacés par les mots : « centre régional de coordination des dépistages des cancers » et le sigle : « SG » est remplacé par les mots : « centre régional ».

II. – Le cahier des charges destiné aux structures de gestion joint en annexe III-A à l'arrêté du 29 septembre 2006 est ainsi modifié :

1° Le titre du cahier des charges destiné aux structures de gestion est renommé « cahier des charges pour les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers ».

2° Les dispositions « (cf. annexe 3) » sont supprimées.

3° Au troisième alinéa de l'introduction, les dispositions : « Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, seuls les mammographes analogiques, avec films à surface argentique, sont autorisés à participer au programme de dépistage. » sont remplacées par les dispositions : « Seules les installations de mammographie numérique sont autorisées à participer au programme de dépistage. »

4° Au sixième alinéa du A, les dispositions : « La liste des radiologues participant au programme, actualisée tous les 6 mois, est diffusée par la structure de gestion aux médecins généralistes, aux gynécologues ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie du département » sont remplacées par les dispositions : « La liste des radiologues participant au programme, actualisée tous les 6 mois, est diffusée par le centre régional aux médecins généralistes, aux gynécologues, aux caisses d'assurance maladie de la région ainsi qu'à l'Institut national du cancer. »

5° Le C est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa de l'introduction est complété par les dispositions suivantes : « La fiche d'interprétation à compléter par les radiologues est élaborée par l'Institut national du cancer. »

b) Au quatrième alinéa de l'introduction, le mot : « analogiques » est supprimé.

c) Au quatrième alinéa du C.3, il est inséré le mot : « centralisées » après le mot : « lectures » et les mots : « des départements » sont supprimés.

d) Au sixième alinéa du C.3, les dispositions : « Dans les départements où la démographie est faible, il est possible de favoriser la mise en place d'un centre de lecture interdépartemental pour obtenir les volumes nécessaires. » sont supprimées.

e) Le huitième alinéa du C.3 est supprimé.

f) Au dernier alinéa du C.3, les dispositions : « Les modalités de la seconde lecture et l'utilisation de la fiche d'interprétation sont détaillées dans le cahier des charges des radiologues et dans les annexes techniques 2 et 3. » sont remplacées par les dispositions suivantes : « Les modalités de la seconde lecture sont détaillées dans le cahier des charges des radiologues, dans l'annexe technique 2 du cahier des charges des centres régionaux et du cahier des charges des radiologues et dans l'annexe III bis.

« L'utilisation de la fiche d'interprétation est précisée dans le cahier des charges des radiologues et dans l'annexe technique 2 du cahier des charges des centres régionaux et du cahier des charges pour les radiologues. »

6° Le D est ainsi modifié :

a) Au quatrième alinéa de l'introduction, les dispositions : « La rédaction des courriers destinés aux femmes et aux médecins est particulièrement importante ; des modèles de courrier élaborés au niveau national pourraient être mis à la disposition des structures de gestion. » sont remplacées par les dispositions : « La rédaction des courriers destinés aux femmes et aux médecins est particulièrement importante. Les modèles nationaux, normés, des lettres d'invitation et de relance, des différents courriers d'information, de suivi et de résultats et les documents d'information d'accompagnement sont fournis par l'Institut national du cancer ».

b) Au dernier alinéa de l'introduction, les dispositions : « La fiche d'interprétation est archivée à la structure de gestion pendant la durée légale de 10 ans (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). » sont remplacées par les dispositions : « La fiche d'interprétation est archivée par le centre régional pendant la durée prévue par l'article R. 1112-7 du code de la santé publique. »

7° Au premier alinéa du E, les dispositions : « Les installations de mammographie entrent dans le champ des dispositifs médicaux soumis au contrôle de qualité défini par le décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001, qu'elles soient ou non utilisées pour le dépistage organisé du cancer du sein. Les modalités du contrôle de ces installations, qui est à la fois interne et externe, sont fixées par la décision AFSSAPS du 27 mars 2003, et à compter du 31 décembre 2005 par celle du 7 octobre 2005, qui précise notamment les critères d'acceptabilité auxquels doivent répondre les performances et caractéristiques des installations. » sont remplacées par les dispositions : « Les installations de mammographie entrent dans le champ des dispositifs médicaux soumis au contrôle de qualité défini par décret, qu'elles soient ou non utilisées pour le dépistage organisé du cancer du sein. Les modalités du contrôle de ces installations, qui est à la fois interne et externe, sont fixées par le directeur général de l'ANSM. »

8° Au deuxième alinéa du E, les dispositions : « Le contrôle externe doit être réalisé semestriellement par l'un des organismes de contrôle de qualité externe agréés par l'AFSSAPS. » sont remplacées par les dispositions : « Le contrôle externe doit être réalisé semestriellement par des organismes accrédités à cet effet par le Comité français d'accréditation ou par tout autre organisme d'accréditation signataire d'un accord de reconnaissance multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation. »

9° L'annexe technique 1 « caractéristiques et performances des installations de mammographie » du cahier des charges pour les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

10° L'annexe technique 3 « fiche d'interprétation nationale type » du cahier des charges pour les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers est supprimée.

III. – Le cahier des charges pour les radiologues joint en annexe III-B est ainsi modifié :

1° Les dispositions « (cf. annexe 3) » sont supprimées.

2° Le préambule est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont supprimés.

b) Le préambule est complété par un dernier alinéa comportant les dispositions suivantes : « La fiche d'interprétation à compléter par les radiologues est élaborée par l'Institut national du cancer. »

3° L'introduction est ainsi modifiée :

a) Le troisième alinéa est supprimé.

b) Au dernier alinéa, les dispositions : « Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, seuls les mammographes analogiques, avec films à surface argentique, sont autorisés à participer au programme de dépistage. » sont remplacées par les dispositions : « Seules les installations de mammographie numérique sont autorisées à participer au programme de dépistage. »

4° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa de l'introduction, le mot : « analogiques » est supprimé.

b) Au deuxième alinéa du C, les dispositions : « Le radiologue donne à la femme un résultat oral après la première lecture. Il rédige un compte rendu qui sera adressé à la structure de gestion en même temps que la mammographie et la fiche d'interprétation » sont remplacées par les dispositions : « *Le radiologue explique à la femme oralement les résultats après la première lecture et lui remet un compte rendu provisoire écrit. Il envoie au centre régional la mammographie, la fiche d'interprétation et un compte rendu.* ».

5° Au premier alinéa du VII, les dispositions : « Les installations de mammographie analogique entrent dans le champ des dispositifs médicaux soumis au contrôle de qualité défini par le décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001, qu'elles soient ou non utilisées pour le dépistage organisé du cancer du sein. Les modalités du contrôle de ces installations, qui est à la fois interne et externe, sont fixées par la décision AFSSAPS du 27 mars 2003 et, à compter du 31 décembre 2005, par celle du 7 octobre 2005, qui précise notamment les critères d'acceptabilité auxquels doivent répondre les performances et caractéristiques des installations (cf. annexe 1). » sont remplacées par les dispositions : « Les installations de mammographie entrent dans le champ des dispositifs médicaux soumis au contrôle de qualité défini par décret, qu'elles soient ou non utilisées pour le dépistage organisé du cancer du sein. Les modalités du contrôle de ces installations, qui est à la fois interne et externe, sont fixées par le directeur général de l'ANSM. ».

6° Au deuxième alinéa du VII, les dispositions : « Le contrôle externe doit être réalisé semestriellement par l'un des organismes de contrôle de qualité externe agréés par l'AFSSAPS. » sont remplacées par les dispositions : « Le contrôle externe doit être réalisé semestriellement par des organismes accrédités à cet effet par le Comité français d'accréditation ou par tout autre organisme d'accréditation signataire d'un accord de reconnaissance multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation. ».

7° L'annexe technique 1 « caractéristiques et performances des installations de mammographie » au cahier des charges pour les radiologues est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

8° L'annexe technique 3 « la fiche d'interprétation » au cahier des charges pour les radiologues est supprimée.

Art. 2. – L'annexe III *bis* relative à l'utilisation des systèmes de mammographie numérique dans le dépistage organisé des cancers du sein est ainsi modifiée :

I. – Au 1^{er} janvier 2019, les mots « structure de gestion » sont remplacés par les mots « centre régional de coordination des dépistages des cancers ».

II. – Au deuxième alinéa du II.1.b, les dispositions « A titre transitoire, les manipulateurs en électro-radiologie médicale disposent d'un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur du présent arrêté pour effectuer cette formation » sont supprimées.

III. – Le dernier alinéa du III.2 est supprimé.

IV – Les dispositions du IV.2 sont remplacées par les dispositions suivantes : « *Le premier lecteur interprète obligatoirement les clichés sur console d'interprétation.*

« *La console d'interprétation doit permettre un affichage des images suivant la règle: 1 pixel affiché = 1 pixel acquis. Durant la procédure de lecture d'un examen de mammographie, le radiologue doit pouvoir visualiser une seule image par écran en mode 1: 1, et ce pour l'ensemble des images.*

« *Seules les consoles équipées de deux moniteurs d'un minimum de 5 mégapixels chacun ou d'un moniteur d'un minimum de 10 mégapixels (permettant d'afficher côte à côte 2 images en pleine résolution) permettant une lecture adaptée à la mammographie sont autorisées.*

« *La lecture sur films laser n'est autorisée que pour la comparaison avec les clichés antérieurs (analogiques ou numériques imprimés sur support laser).*

« *Le centre de radiologie veille à respecter un ratio de 1 entre le format d'acquisition et le format d'impression: 1 pixel acquis = 1 pixel imprimé.*

« *Une seule image est imprimée par film.*

« *L'impression de deux images (ou plus) sur un seul film n'est pas autorisée.*

« *Le format du film d'impression doit correspondre à (20 × 25 centimètres) (8 × 10 inches) pour le petit format et à (25 × 30 centimètres) (10 × 12 inches) pour le grand format.*

« *Le marquage de l'incidence et du côté doit être présent sur chaque film, ainsi que le nom, prénom, date de naissance de la patiente et la date d'examen.* »

V. – Les dispositions du V.1 sont remplacées par les dispositions : « La seconde lecture est réalisée au sein du centre régional sur les clichés laser selon les modalités définies au point C.3 de l'annexe III-A. »

VI. – Au VI, les mots : « mammographie analogique » et « films analogiques » sont supprimés.

VII. – Le modèle de fiche de renseignement sur le matériel joint en annexe à l'annexe III *bis* est ainsi modifié : dans le tableau intitulé « MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE PAR », le mot : « PAR » est supprimé.

VIII. – La fiche d'interprétation nationale jointe en annexe à l'annexe III *bis* est supprimée.

Art. 3. – Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur six mois après sa publication au Journal officiel de la République française.

Art. 4. – Le directeur général de la santé et la directrice de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 février 2019.

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J. SALOMON

ANNEXE

ANNEXE TECHNIQUE I

CARACTÉRISTIQUES ET PERFORMANCES DES INSTALLATIONS DE MAMMOGRAPHIE

La décision du 30 janvier 2006 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de mammographie numérique, modifiée par celle du 22 novembre 2010 et celle du 23 novembre 2012, fixe les performances et caractéristiques intrinsèques minimales auxquelles doivent obéir les installations utilisées pour la mammographie. L'utilisation des installations en situation de non-conformité grave au sens des décisions susmentionnées est interdite.

Par ailleurs, les dispositifs de mammographie sont des dispositifs médicaux qui à ce titre doivent répondre à la directive 93/42/CEE et, à partir du 26 mai 2020, au règlement 2017/745. Ils doivent donc être marqués CE et à ce titre répondre aux exigences générales en matière de sécurité et de performances qui leur sont applicables. Leur utilisation doit se faire conformément à la réglementation en vigueur.

En conséquence, les mammographes doivent être conçus et fabriqués de telle manière que, lorsqu'ils sont utilisés dans les conditions et aux fins prévues, leur utilisation ne compromette pas l'état clinique et la sécurité des patients et soit compatible avec un niveau élevé de protection de la santé et de la sécurité.

Ces appareils doivent satisfaire aux exigences essentielles applicables aux dispositifs médicaux émettant des rayonnements ionisants prévues conformément à l'arrêté en vigueur pris en application de l'article R. 5211-22 du code de la santé publique.

1. Le mammographe doit posséder au minimum :

- un générateur de rayons X indépendant et dédié à la mammographie ;
- une distance foyer-détecteur supérieure ou égale à 600 mm ;
- un système de compression du sein motorisé, avec commande au pied et un système de sécurité permettant une limitation de la pression maximale exercée ;
- un système d'exposition automatique ;
- un affichage des mAs utilisés pour chaque image, en fin d'exposition ;
- un système minimisant l'impact du rayonnement diffusé sur le récepteur d'images et ne créant pas d'artefacts sur les clichés ;
- un système porte-cassettes de taille 18 × 24 cm et un système porte-cassettes de taille 24 × 30 cm dans le cas de l'utilisation d'un système CR ;
- d'un détecteur de taille minimale de 21 × 26 cm pour un système DR ;
- une console d'interprétation mammographique équipée de deux moniteurs d'un minimum de 5 mégapixels chacun ou d'un moniteur d'un minimum de 10 mégapixels (permettant d'afficher côte à côte 2 images en pleine résolution) permettant une lecture adaptée.

2. Le négatoscope doit posséder au minimum :

- une surface lumineuse de dimension minimum permettant la lecture simultanée de 2 clichés de format 24 × 30 cm ;
- la possibilité d'obscurcir les zones lumineuses autour du cliché, quelle que soit sa dimension ;
- une alimentation électrique haute fréquence ;
- un variateur permettant de régler le niveau de luminance ;
- une luminance au centre du négatoscope d'au moins 2 000 Cd/m² et une luminance dans les 4 coins du négatoscope, à 10 centimètres des bords, ne s'écartant pas de plus de 15 % par rapport à la valeur mesurée au centre ;
- une couleur de lumière comprise entre 5 500 et 6 500 K.

La décision du 30 janvier 2006 modifiée par celles du 22 novembre 2010 et du 23 novembre 2012 fixe les critères d'acceptabilité des caractéristiques et performances qui font l'objet d'un contrôle de qualité. Pour la réalisation des contrôles internes prévus par ces décisions, l'exploitant doit disposer :

- d'un fantôme de type MTM 100 ;
- d'un luxmètre ;
- d'une mire électronique AAPM TG 18-QC.

De plus, l'examen de dépistage comprenant des incidences complémentaires devant être réalisées le même jour que l'acte de dépistage, le mammographe doit être équipé d'un système d'agrandissement opérationnel.



PRESIDENCE

NOTE

Date : Jeudi 6 décembre 2018

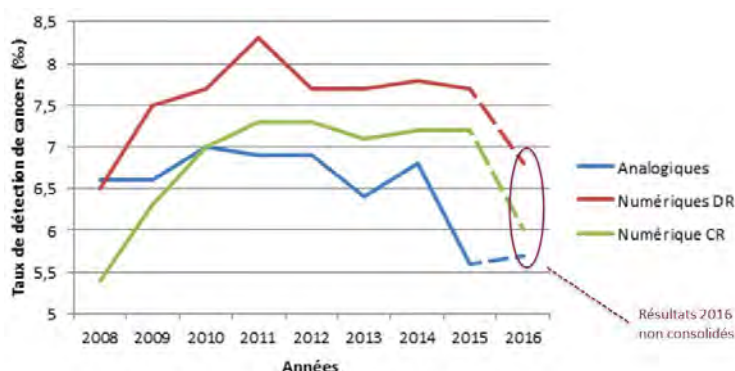
Objet : Enquête de l'INCa sur l'hétérogénéité de performance des mammographes utilisés dans le dépistage organisé des cancers du sein

De : Norbert IFRAH

À : Jérôme SALOMON, Directeur général de la santé

A partir des données colligées par les structures de gestion du dépistage organisé des cancers du sein, l'Institut national du cancer (INCa) réalise depuis 2010 des enquêtes sur l'évolution en France du parc de mammographes et sur leur performance dans le dépistage organisé. La dernière a été menée du 13 juillet au 4 septembre 2017, afin de compléter les données de 2014 à 2016. Quarante-sept Structures de gestion sur 89 y ont répondu, représentant 96 départements et 97,8% des mammographies réalisées dans le dépistage organisé soit de l'ordre de 2 300 000 mammographies par an (2016).

Cette dernière enquête confirme que les systèmes numériques DR présentent, depuis 2011, des taux de détection de cancer plus élevés que ceux des systèmes à plaques (CR) et ceux de la technologie analogique (Cf. figure ci-dessous). Les différences observées questionnent en particulier le maintien des installations analogiques dans le dispositif.



Une analyse plus fine indique au sein même des systèmes numériques CR que de 2012 à 2015, les taux de détection des cancers des systèmes de marque Konica-Minolta® étaient, au seuil de 5.10-2, significativement inférieurs (en moyenne de 1%) au taux global de détection des autres systèmes CR (Cf. tableau ci-après).

	2012	2013	2014	2015	2016
Fujifilm®	7,6	7,4	7,3	8,2	6,8
Agfa®	6,7	7,2	7,4	7,3	6
Carestream Kodak®	7,5	7,3	7,3	6,9	6
Konica-Minolta®	6,2	5,4	6,5	5,8	5,6
Philips®	7,3	7	6,4	6,3	5,6
Marque inconnue	6	6,9	6,6	6,6	5
TOTAL	7,3	7,1	7,2	7,2	6

Résultats 2016 à consolider

Lorsque l'analyse est restreinte aux seuls départements d'implantation Konica-Minolta®, ces différences de détection des cancers demeurent statistiquement significatives par rapport aux autres systèmes CR, pour chacune des années 2012 à 2016 (Cf. tableau ci-dessous) ; il n'est donc pas possible de rapporter les différences observées à une hétérogénéité d'implantation géographique des installations.

Année	Konica-Minolta®			Autres marques CR*			Degré de signification
	Nombre dépistages	Nombre cancers détectés	Taux de détection (‰)	Nombre Dépistages	Nombre cancers détectés	Taux de détection (‰)	
2012	65 615	408	6,22	372 722	2 711	7,27	$p=0,003$
2013	68 555	370	5,40	324 821	2 406	7,41	$p=1.10^{-8}$
2014	76 822	503	6,55	269 489	1 949	7,23	$p=0,046$
2015	76 769	442	5,76	222 701	1 625	7,30	$p=9.10^{-6}$
2016	75 861	424	5,59	209 566	1 350	6,44	$p=0,010$
TOTAL	363 622	2 147	5,90	1 399 299	10 041	7,18	$p=2.10^{-16}$

* Départements d'implantation des installations Konica-Minolta®

La méthode utilisée ne permet pas de distinguer entre les éventuelles responsabilités respectives d'une moindre performance technique des lecteurs de plaques Konica-Minolta®, d'un défaut de réglage ou de maintenance des lecteurs de plaques ou encore d'un défaut dans la chaîne image environnante (console, reprographe laser, etc.). Bien que son origine fine demeure indéterminée, il n'en reste pas moins que celle-ci apparaît associée, directement ou indirectement, aux lecteurs de plaques de cette marque.

A titre indicatif, un écart de 1 ‰ correspond à 15% du niveau de performance de la mammographie (soit 1 cancer sur 7 non détecté) ; cet écart correspond au double des cancers rattrapés lors de la 2^{de} lecture (0,5‰).



Conseil professionnel de la radiologie française

Direction générale de la santé
Sous-direction Santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Le directeur général de la santé,
Le directeur général de la CNAM,
Le directeur général de l'ANSM,
Le président de l'INCa,
Le président du conseil professionnel
de la radiologie française,

Paris, le 11 mars 2019

Mesdames, Messieurs les radiologues

Nous souhaitons porter à votre connaissance les résultats des travaux nationaux menés par l'Institut national du cancer sur la qualité des dépistages réalisés avec les mammographes utilisés dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein (cf. note jointe en annexe). En effet, l'évaluation du programme organisé de dépistage du cancer du sein permet de disposer d'informations précises sur les taux de cancers du sein détectés selon les types et marques de mammographes.

Ces résultats révèlent que les dépistages réalisés avec certains appareils de mammographie dans le cadre de ce programme national détectent moins de cancers que les dépistages réalisés avec l'ensemble des autres appareils. Les appareils de mammographie en cause sont les mammographes analogiques et certains mammographes numériques utilisant les systèmes CR (Computed Radiography) de marque Konika-Minolta.

Cette moindre détection est susceptible de concerner les femmes qui participent au dépistage organisé ayant recours à ces appareils.

Tenant compte de ces éléments et afin d'améliorer la qualité du programme, nous vous informons de la publication de l'arrêté modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein. Cet arrêté supprime l'utilisation des mammographes analogiques dans le programme dans un délai de six mois.

De plus, dans l'attente des résultats des travaux de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé concernant les mammographes Konika-Minolta, nous recommandons que le dépistage organisé ne recoure pas à ces appareils.

Nous vous remercions, en tant qu'acteurs essentiels du dispositif, de prendre en compte ces informations et de concourir à l'amélioration continue de la qualité du programme de dépistage organisé.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de notre haute considération.

Pr Norbert IFRAH
Président de l'INCa

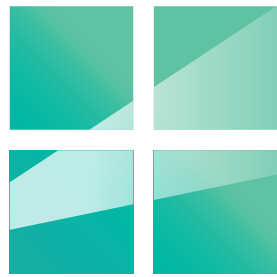
Pr Jérôme SALOMON
Directeur général de la Santé

Nicolas REVEL
Directeur général de la CNAM

Dominique MARTIN
Directeur général de l'ANSM

Jean-François MEDER
Président du conseil professionnel de la radiologie française

À PARTIR DE MAI 2019



FORCOMED

Association de formation
des médecins spécialistes
et de leurs collaborateurs

L'assurance qualité obligatoire : pour se mettre en conformité avec un parcours pratico-pratique



Marie-Cécile COS



Thomas LEMOINE



Valérie GARBAY



Dr Hervé LECLET

Pour vous Forcomed se met en quatre!

*Médecin radiologue
& Référent qualité*

Décision ASN : parcours intégral vers l'assurance qualité obligatoire

Mon parcours en 3 actes

- 1-elearning accessible à partir du 6 mai
- 2-ateliers pratiques, 5 dates au choix : 14 juin, 28 juin, 10 juillet, 9 septembre et 10 octobre
- 3-réunion virtuelle : à partir du semestre 2

Frais d'inscription : 2500€ / 1900€ pour l'adhérent





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Loi santé et ordonnances

A chaque Gouvernement sa loi santé. Agnès Buzin a soumis, le 13 février dernier, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé au Parlement.

Sa finalité est de concrétiser certains des engagements annoncés par le président de la République dans le cadre de Ma Santé 2020 qui nécessitent de passer par la loi.

Vingt-trois articles sont soumis aux parlementaires autour de quatre thèmes :

- Les parcours et les carrières des professionnels, y compris leur formation,
- l'offre de soins dans les territoires,
- le virage numérique,
- la simplification et la sécurité juridique.



Le choix a été fait de présenter ce projet au début de l'année 2019 afin que la réforme des études médicales puisse intervenir dès la rentrée prochaine. De ce fait, les délais de concertation avec les différents acteurs ont été écourtés. En conséquence, six articles habilitent le Gouvernement à légiférer par ordonnances. Ce passage par les ordonnances permettra de donner du temps pour mener une concertation approfondie sur plusieurs sujets ; hôpitaux de proximité, statuts médicaux.

Pour Agnès Buzin, le projet de loi est construit à partir *des besoins de patients et des professionnels de santé, qui sont les meilleurs experts de leur situation*. Le projet vise à assouplir les contraintes et favoriser les initiatives locales. Il s'agit aussi de décloisonner le système entre ville, hôpital et médico-social, secteur public et privé, entre les professionnels, de la formation initiale à l'exercice pluri-professionnel et coordonné.

Nous vous présentons les principaux articles.

troisième cycle qui dépendra de la validation du deuxième cycle mais aussi d'épreuves permettant d'évaluer les compétences et connaissances acquises.

L'article 3 habilitte le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures de **re-certification des compétences des médecins** tout au long de leur carrière.

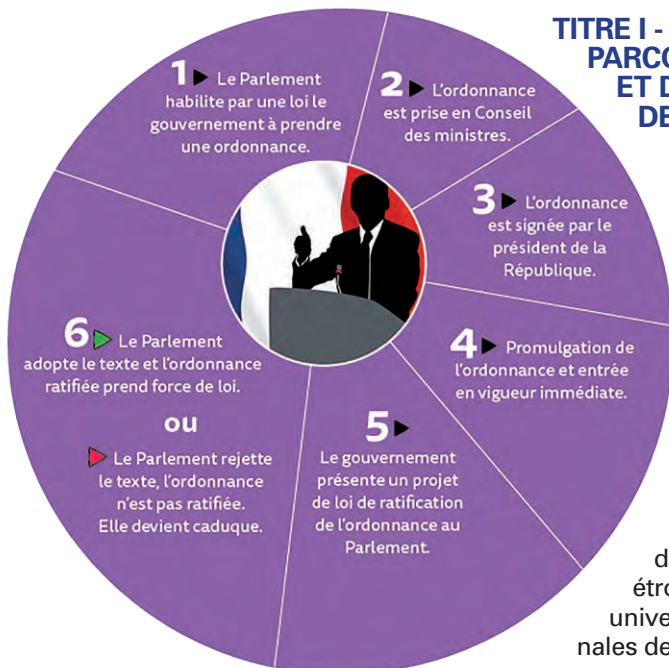
L'article 4 révisse les **contrats d'engagement de service public (CESP)**, l'article 5 élargi le dispositif de médecin adjoint aux zones connaissant des difficultés d'accès aux soins.

L'article 6 habilitte le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances les mesures de création d'un **statut unique de praticien hospitalier**. Cinq statuts actuels seront remplacés deux statuts un de titulaire, l'autre de contractuel.

Parmi les amendements adoptés sur le titre I, on notera :

- Un amendement (AS1072) qui prévoit que les étudiants en médecine doivent effectuer au moins un stage situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.
- Un amendement (N°AS1412) qui précise que le zonage élaboré pour attribuer les mesures d'incitation à l'installation des médecins, doit tenir compte du maillage de chaque spécialité, ou groupe de spécialités. Les zones caractérisées comme « sous-denses »

TITRE I - REFORME DES PARCOURS DE FORMATION ET DES CARRIERES DES PROFESSIONNELS



L'article 1^{er} réforme l'accès aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques en **supprimant le numérus clausus**. Des voies diversifiées permettront l'accès à ces études.

Le nombre d'étudiant formés dépendra des capacités de formation et des besoins du système de santé en fonction d'une étroite concertation entre les universités et les agences régionales de santé (ARS).

L'article 2 **supprime les épreuves classantes nationales** et réforme l'accès au

Processus d'adoption d'une ordonnance Infographie Direction de l'information légale et administrative



**PRIVILÉGIEZ L'USAGE
PLUTÔT QUE L'ACHAT
AVEC FACTUM GROUP**



LA TECHNOLOGIE N'EST PLUS UNE QUESTION DE PRIX

BESOIN D'INVESTIR AVEC DES CONTRAINTES BUDGÉTAIRES ?

Les centres de radiologie souhaitent offrir une meilleure prise en charge à leurs patients, cependant les gestionnaires de parc de modalités sont soumis à une forte pression financière.

Il existe des solutions de financement souples et novatrices permettant de réaliser des investissements importants en respectant leurs enveloppes budgétaires. Dans un secteur aux fortes contraintes réglementaires et tarifaires, Factum Group a développé des solutions de leasing dédiées au secteur de la santé pour répondre à ces enjeux.

LA TECHNOLOGIE N'EST PLUS UNE QUESTION DE PRIX

Factum Group est le premier loueur de matériel dans les secteurs des Hautes Technologies, Santé, Informatique, Mobile, mais également Industrie et Transport.

Notre métier consiste à conseiller et à accompagner nos clients dans le financement et la gestion complète de leurs projets d'équipement de modalité en imagerie. Notre objectif est de leur proposer des offres évolutives qui facilitent l'équipement, la gestion, le renouvellement, la reprise, la valorisation et le recyclage de leurs modalités dans une démarche RSE.

DES SERVICES À FORTE VALEUR AJOUTÉE

Factum Group se positionne comme un véritable gestionnaire du cycle de vie des technologies médicales en imagerie. Nous accompagnons les médecins et décideurs du secteur dans leurs plans d'investissement annuel dans le respect de contraintes budgétaires et technologiques. Factum Group s'appuie sur une équipe d'experts pour déployer un panel de services spécifiques.

- Pour valoriser les matériels en fin de vie, ou évaluer la cotation marché des modalités d'imagerie dans le but d'en identifier la valeur au regard de l'évolution technologique, nous réalisons un audit de parc de modalités déjà installés au sein des centres d'imageries.
- Grâce à un réseau tissé de partenaires mondiaux, le parc peut être valorisé et revendu sur un marché secondaire, le fruit de cette valorisation est réintégré au financement des nouveaux équipements dans le cadre d'un nouveau contrat de location.
- Donner la possibilité à nos clients de renouveler rapidement leurs modalités est essentiel. C'est pourquoi, nous pouvons réaliser la cotation des modalités sous contrat qui éclairera sur la valeur marché de matériel, dans la perspective de le remplacer.
- Afin de mieux valoriser vos équipements, nous réalisons des formations aux bonnes pratiques d'utilisation des équipements sous leasing.

Factum Group accompagne plus de 300 structures de santé et de radiologie à travers la France et l'Europe sur des projets d'équipements IRM, Scanner, échographie, mammographie, radiologie conventionnelle, panoramique dentaire, osteodensitomètres... autant de matériels à renouveler que de solutions adaptées.

FACTUM GROUP
43 rue de Médeville
BP 90362 54007 NANCY Cedex

Frédéric Martin
04 88 71 88 79 / 06 27 03 09 91
fmartin@factum-group.eu

www.factum-group.eu



peuvent être différentes en fonction des spécialités médicales. Une zone bien dotée en médecins généralistes peut-être par exemple dépourvue en ophtalmologues.

TITRE II - DEVELOPPER UN COLLECTIF DE SOINS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DANS LES TERRITOIRES

L'objet du titre II est de développer un collectif de soins, entre professionnels, et secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier. Il vise aussi à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires et à encourager les projets de santé de territoire.

L'article 7 créé le **projet territorial de santé**, niveau de découpage entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il soumet à l'autorisation du directeur régional de santé l'approbation des projets de communautés professionnelles territoriales de santé.

L'article 8 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures redéfinissant les missions et les modalités de **gouvernance des hôpitaux de proximité**. Cette mesure permettra la labellisation des premiers hôpitaux dès 2020.

LES AUTORISATIONS D'ÉQUIPEMENTS LOURDS

L'article 9 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures en vue de moderniser le régime des autorisations des activités de soins et des équipements lourds.

Ces mesures clarifieront la gradation des soins avec un double objectif de qualité et de sécurité.

La direction générale de l'organisation des soins a mis en place plusieurs commissions chargées de réfléchir à ce nouveau régime. La FNMR participe à la commission chargée des équipements lourds et à celle chargée de la radiologie interventionnelle.

Pour le titre II, les principaux amendements adoptés sont :

- Un amendement (AS1560) qui définit une équipe de soins spécialisés comme un ensemble de professionnels de santé constituée autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs du territoire dont les acteurs des soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux et dans le cadre territorial.
- « L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs du premier recours à la structuration des parcours de santé. »
- Un amendement (N°AS625) prévoit qu'en l'absence d'accord, l'assuré peut saisir le directeur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant puisse lui être désigné parmi une liste de médecins de son ressort géographique.
- Un amendement (AS1631) prévoit que le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur remplacer le médicament prescrit par un autre conformément à la recommandation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après consultation des professionnels de santé et des associations d'usagers du système de santé agréées, et publiée sur son site internet.

TITRE III - TRANSFORMATION NUMERIQUE DU SYSTEME DE SANTE ET DES PRATIQUES DES SOIGNANTS

L'article 11 créé **une plateforme des données de santé** qui se substitue à l'Institut national des données de santé. Elle aura pour rôle de réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé. Le système sera enrichi des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie. Toutes les règles de sécurité relative aux données de santé s'imposeront pour ces traitements.

L'article 12 créé **un espace numérique pour chaque usager** d'ici au 1^{er} janvier 2022. Il permettra d'accéder au dossier

personnel et d'échanger avec les professionnels et les établissements de santé.

L'article 13 définit le **télésoin** comme pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, en complément de la télémédecine réservée aux professions médicales.

L'article 14 modernise le cadre de la **prescription dématérialisée**. Il habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures pour développer la e-prescription.

L'article 19 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures diverses de simplification et d'harmonisation, dont

- **la simplification des modalités d'exercice par les agences régionales de santé** de leurs missions et la modification de leur organisation et de leur fonctionnement pour une mise en œuvre de leurs moyens afin d'atteindre les objectifs de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022,
- **le développement de l'exercice coordonné** notamment de communautés professionnelles territoriales de santé et de maisons pluri-professionnelles.

L'article 21 renove les modalités de **recrutement des praticiens à diplôme étranger** hors Union européenne.

Le principal amendement (AS1615) pour le titre III renove le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé pour l'adapter aux exigences d'accessibilité et de transformation du système de santé.

Un décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) fixe les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles. Ces derniers sont rédigés et mis en œuvre par des professionnels de santé travaillant en équipe dans les structures de prévention

et de soins, en ville, et dans les établissements et services médico-sociaux. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les



centres hospitaliers universitaires (CHU) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourraient à cet égard avoir un rôle de promotion et de déploiement des protocoles de coopération.

Le nouveau dispositif distingue ensuite clairement entre des protocoles dits « nationaux », destinés à être déployés

largement sur l'ensemble du territoire national, et des protocoles dits « locaux expérimentaux », destinés à permettre à une équipe promotrice d'expérimenter un protocole innovant de coopération interprofessionnelle. Il instaure en conséquence deux procédures distinctes d'autorisation.

L'Assemblée nationale a adopté le 26 mars, en première lecture, le projet de loi par 349 voix pour et 172 contre. Le Sénat discutera du texte à partir du mois de mai. ■

AMENDEMENT DE LA FNMR SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

La FNM a proposé un amendement sur le dépistage du cancer du poumon : *A titre expérimental, un dépistage du cancer du poumon par scanner volumique basse dose est organisé dans deux territoires au bénéfice d'une population à risque de cancer broncho-pulmonaire.*

Un décret précisera les conditions de cette expérimentation.

Plusieurs études ont montré les avantages du dépistage du cancer du broncho-pulmonaire (CBP) - première cause de mortalité par cancer en France avec un taux de survie à 5 ans tous stades confondus aux alentours de 15% - par le scanner volumique basse dose.

Le plus étonnant est qu'un tel projet de loi ne comprenne pas un volet prévention, parent pauvre jusqu'à aujourd'hui de la politique sanitaire.

La FNMR a demandé aux sénateurs de reprendre cet amendement. Dans le cas contraire, la Fédération, en lien avec le Conseil professionnel de l'imagerie (G4) portera ce dossier sous une autre forme. ■



Petites annonces

CESSIONS / ASSOCIATIONS

10881 30 CHERCHE SUCESSEUR Bagnols/Cèze – Cause retraite SELARL 6 assoc. rech. successeur – 2 sites + SCAN/IRM – activités polyv. Mammo. tomosynth. Pas de garde

> Contact : Dr SEGAL : 06.70.19.34.64

Email : valere.segal@orange.fr

10889 37 CHERCHE SUCESSEUR Loches - 30 km Tours / Cause retraite cherche successeur SCM 2 associés – cab. polyvalent - parts TDM + IRM - pas de gardes - zone de revitalisation donc pas d'impôt pdt 5 ans (+ dégressif sur 3 années suivantes)

> Contact : Dr PY : 06.83.19.96.70

Email : francoispy@hotmail.com

10890 31 CEDE CABINET Toulouse centre-ville NORD – Rech. 1 ou 2 success - PACS FUJI 8 T – Mammo.+tomosynth .HOLO-

GIC SELENIA 2013+ cone beam Planmeca 2013+ télécrâne + écho TOSHIBA APLIO 500. 8 sondes + DMO HOLOGIC QRD 5000 + salle os, salle télécommandée STEPHANIX + 2 lasers, maintenance Gold totale – 2h vacations TDM /sem. + 2h vacations IRM/sem. en GIE en clin

> Contact : Dr HONIKMAN : 06.85.71.01.26

Email : rp.honikman@hotmail.fr

10891 77 CEDE CABINET Sud 77, construit 2007. Centre 4 Radiols. Rech. succession. Idéal pour 2 voire 3 Radiols. Accès SCAN et 2 IRM. Info : www.radiologiemontereau.com

> Contact : Dr NICOLAS : 01.64.70.23.44

Email : gestion.selarl.varenes@gmail.com

10892 971 CEDE CABINET Guadeloupe - Cause retraite, cède cabinet radio générale en centre commercial et scanner libéral (1/3). 1 ou 2 temps plein

> Contact : 06.90.34.91.02

Email : cimdestreland@orange.fr

VENTE

10889 31 VENTE MATERIEL Toulouse – Vend mammographe Hologic Selenia dimensions 5000 3D Tomo de nov. 13 – 2 consoles Eizo HD maintenance Gold totale – dispo nov. 19 (cessation activité)

> Contact : Dr HONIKMAN : 06.85.71.01.26

Email : rp.honikman@hotmail.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.

Le syndicat des radiologues de **Paris** a procédé au renouvellement de son Bureau le 25 mars 2019 :

Présidente :	Dr Coralie SICARD
Secrétaire général :	Dr Laurent COMBESCURE
Trésorière :	Dr Cécile FARGES
Membres du bureau :	Dr Dan BENSIMHON
	Dr Corinne BORDONNE
	Dr François GUICHOUX
	Dr Jonathan SILVERA
	Dr Isabelle UZAN

Le syndicat des radiologues des **Pyénées Atlantiques - Béarn** a procédé au renouvellement de son Bureau le 19 mars 2019 :

Président :	Dr Dominique MASSEYS (Pau)
Secrétaire général :	Dr Philippe LAFOURCADE (Mourenx)
Trésorier :	Dr Jean-Philippe VALATS (Pau)
Membres du bureau :	Dr Philippe AURENSAN (Orthez)
	Dr Stéphane COUDERC (Pau)
	Dr Jean-Louis OSPITAL (Aressy)

Dans le cadre du partenariat FNMR – UNIR, **François LAFOURCADE**, interne en radiologie, a intégré le Bureau du Béarn.

Le syndicat des radiologues des **Hauts de Seine** a procédé au renouvellement de son Bureau le 11 février 2019 :

Président :	Dr Gregory LENCZNER (Neuilly sur Seine)
Président d'honneur :	Dr Michel LEGMANN (Neuilly sur Seine)
Vice-président :	Dr Marc ABEHSERA (Neuilly sur Seine)
Secrétaire général :	Dr Sebastian TAVOLARO (Antony)
Trésorier :	Dr Jean GUIGUI (Neuilly sur Seine)

Le syndicat des radiologues de la **Seine-Saint-Denis** a procédé au renouvellement de son Bureau le 13 février 2019 :

Président :	Dr One-Aly TAYEBJEE (Villepinte)
Secrétaire :	Dr Marc SEBBAG (Pantin)
Secrétaire adjoint :	Dr Djilali LACHEHEB (Villepinte)
Trésorier :	Dr Patrick LAUGAREIL (Villemomble)

Hommages

Docteur Jean-Pierre BRUN

Le Docteur François BRUNETTI, président du Syndicat de Charente Maritime, nous informe du décès dans sa 77^{ème} année du **Docteur Jean-Pierre BRUN** né le 11/07/1942, radiologue retraité, ancien syndiqué FNMR, particulièrement apprécié de tous et ayant exercé à Saintes dans le groupe privé SCP REVERSEAU.

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

Docteur Claude CARLIER

Nous venons d'apprendre le décès le 15 mars 2019 du **Docteur Claude CARLIER**, à l'âge de 98 ans. Il était médecin radiologue à DOUAI (59).

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

Docteur Jean-Claude MAILLARD

Nous venons d'apprendre le décès en 2018 du **Docteur Jean-Claude MAILLARD**, à l'âge de 59 ans. Il était médecin radiologue à SAINT-DOULCHARD (18).

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

Docteur Jacques MEYER

Nous venons d'apprendre le décès le 25 février 2019 du **Docteur Jacques MEYER**, à l'âge de 86 ans. Il était médecin radiologue à NANTES (44).

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

Docteur Pierre MOLINAZZI

Nous venons d'apprendre le décès le 16 mars 2019 du **Docteur Pierre MOLINAZZI**, à l'âge de 55 ans. Il était médecin radiologue à MONTIVILLIERS (76).

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

C'est avec une très grande tristesse et complètement bouleversés que les associés du groupe radiologique havrais et l'ensemble du personnel ont appris le décès du **Dr Pierre MOLINAZZI** emporté samedi par une avalanche à Saint-François-Longchamp.

Pierre était un radiologue passionné, très compétent, d'une disponibilité à toute épreuve et d'une grande bienveillance envers le personnel et les patients.

Nous adressons à son épouse Christine, à ses enfants Claire et Thibault notre soutien et toutes nos amitiés

Nous sommes profondément attristés d'avoir perdu un merveilleux associé et ami.

Dr Laurent VERZAUX



Fake new n° 4

Produits
de contraste

RÉDUIRE LES DÉPENSES EN PRODUIT DE CONTRASTE ?

FAKE NEWS :

- « Diminuer les doses de contraste injecté diminue la qualité des examens »
- « Il faut prescrire plus car du contraste est perdu dans les tubulures »
- « Il n'y a pas de raison de changer les protocoles connus depuis 20 ans »

La réalité :

L'évolution technologique des scanners permet de réduire la quantité d'iode injectée pour une qualité d'examen identique. Les prescriptions de produit de contraste doivent s'adapter à l'indication et au patient (poids en particulier).

La technique :

Réduire le kilovoltage lors de l'acquisition réduit la dose d'iode nécessaire et l'exposition aux rayons X.

Il n'y a pas d'ordonnance unique. Le conditionnement prescrit doit être le plus proche de la quantité d'iode nécessaire et tenir compte des impératifs d'injection (injecteur automatique, bolus de sérum physiologique).

Prescrire uniquement si une injection est envisagée.

30 grammes d'iode suffisent à au moins 50 % des patients compte tenu du poids moyen de la population.

EN RÉSUMÉ :

- Chaque patient doit recevoir une dose d'iode fonction de l'indication de son examen et de son poids.
- Le volume et la concentration prescrits doivent être le plus proche de la quantité d'iode nécessaire.
- « L'important c'est la dose ».

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

Bae KT.

Radiology. 2010 Jul;256(1):32-61.

Contrast Administration in CT: A Patient-Centric Approach.

Kalra MK, Becker HC, Enterline DS, Lowry CR, Molvin LZ, Singh R, Rybicki FJ.

J Am Coll Radiol. 2018 Aug 2.

Réduire les doses d'iode et de RX : du duo au trio gagnant.

Ph Coquel

Le médecin radiologue de France

Septembre 2018 n°416