

Le Médecin Radiologue de France

Mars 2020

433

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

FNMR – CA
Janvier 2020



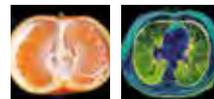
/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org



XENETIX®

lobitridol

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

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



- Préparation simple et rapide
- Parcours patient optimisé

Réalisation: C7 communication - PF-1803 - 18/01/666137/09/PN/003 - Janvier 2018

Guerbet | 
Contrast for Life

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

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

La radiologie libérale face à l'épidémie



Dr Jean-Philippe Masson,
Président de la FNMR.

A l'heure où nous mettons sous presse, la **menace de l'épidémie de corona virus** ne fait, hélas, plus de doute.

Le système de santé français doit donc se préparer. Il n'est pas envisageable de penser que seuls les hôpitaux seront concernés. **La médecine libérale**, qui assure la majeure partie de la prise en charge des patients **va être, encore plus, soumise à contribution**. Lors de sa prise

de fonction, le nouveau ministre de la santé, Olivier Véran, disait vouloir associer la médecine libérale au changement en cours. Les médecins radiologues, au cœur du parcours de soins seront attentifs à ce que cette volonté se traduise en actes. La FNMR fera aussi des propositions dans ce sens.

Dans l'immédiat, nous devons espérer que les pouvoirs publics **aient une réaction cohérente et fournissent aux professionnels de santé les moyens d'accomplir leurs missions et de se protéger pour garantir la prise en charge des patients**.

Les médecins radiologues libéraux, seront, comme pour toute pathologie, au centre du dispositif. Notre spécialité qui assure déjà 70% de l'activité radiologique doit avoir les moyens de répondre à l'afflux probable de patients.

Toutes les précautions devront être prises pour garantir notre sécurité et celle de nos équipes. **Les protocoles, en matière d'hygiène figurant dans le référentiel de Labelix devraient faciliter la mise en œuvre des actions préventives**.

Dans le cas de cette épidémie, les dépenses de santé, si elles augmentent et cela ne semble faire aucun doute, ne devront pas être reprochées aux médecins. **L'augmentation possible du nombre d'actes réalisés** ne devra pas être considérée comme un non-respect de notre engagement dans le protocole signé avec la Caisse. La pertinence ne doit pas déboucher sur un rationnement des soins. Son principe même, reconnu par Mme Buzyn encore ministre de la Santé, **est de dispenser les meilleurs soins en évitant les actes inutiles tout en assurant la meilleure prise en charge pour les patients**.

Cet épisode préoccupant ne doit cependant pas nous faire oublier un autre sujet concernant notre avenir et celui des jeunes générations : **la réforme du système de retraite**.

Notre Fédération, au travers des syndicats transversaux, reste vigilante sur les débats, ou plutôt son absence du fait de la mise en œuvre de l'article 49-3. Après l'adoption du texte à l'Assemblée nationale, **l'ensemble des médecins devra interpellier les sénateurs** afin de remanier en profondeur ce texte détruisant notre régime de retraites construit, géré par et pour nous.

Bon courage aux radiologues libéraux dans cette épidémie et, protégez-vous !

SOMMAIRE – MARS 2020 -# 433

CA FNMR

Protocole : Le Z rétabli mais les résultats sont encore insuffisants..... **P. 4**

ECHOGRAPHIE

La pratique de l'échographie par le manipulateur. **P. 12**

EN QUELQUES MOTS...

L'essentiel sur...
l'iconographie **P. 13**

JOURNAL OFFICIEL

Zones surveillées et contrôlées **P. 15**

JURIDIQUE

Le risque juridique
en radiologie **P. 17**

VIE FÉDÉRALE

Petites annonces
Élections bureaux / Hommages..... **P. 19**

Annonceurs : Guerbet p. 2 – UNIPREVOYANCE p. 11 – LABELIX p. 18 – FORCOMED p. 20

Directeur de la publication : Dr Jean-Philippe MASSON • Rédacteur en chef : Dr Paul-Marie BLAYAC

Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT • Édition, secrétariat, publicité rédaction, Petites annonces : EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 euros
Tél. : 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

Maquette : RIVE COMMUNICATION • Crédits photos : Fotolia.com •

IMPRIMERIE DECOMBAT : 5 bis rue Gustave Eiffel 15000 AURILLAC • Dépôt légal 1^{er} trimestre 2020 • ISSN 1631-1914

Protocole : Le Z rétabli mais les résultats sont encore insuffisants

La séance du conseil d'administration de la FNMR est ouverte par Jean-Philippe Masson, président de la Fédération. A l'ordre du jour, entre autres, le protocole imagerie, les autorisations, la retraite, l'évolution du paysage syndical...



LE PROTOCOLE IMAGERIE

Le président fait le point sur le protocole imagerie. Il y a peu d'éléments nouveaux depuis le dernier conseil. Le groupe de travail CNAM-FNMR, réuni en décembre, a constaté une légère diminution des volumes et des concentrations pour les produits de contraste. Le nombre d'actes sur le crâne, l'abdomen et le thorax est aussi en légère diminution. En revanche, les radiographies pour la lombalgie commune sont réparties à la hausse.

Ces résultats, avec un déficit de 20 millions, ont conduit la CNAM à prévoir l'annulation du rétablissement du modificateur Z. La FNMR a manifesté sa totale opposition à une telle décision. Finalement, la CNAM a cédé et le Z a été rétabli mais avec un abondement de 1 M€ au lieu des 10 prévus. La valeur du Z s'établit donc à 15,9% au 1^{er} janvier 2020.

La valorisation réduite du Z ne constituant qu'une compensation partielle, la CNAM, après avoir demandé une

diminution des forfaits techniques, à laquelle la FNMR s'est opposée, y a renoncé et a accepté seulement la suppression du modificateur C pour radiographie comparative. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) a décidé d'une baisse des prix des produits de contraste qui devrait intervenir au cours du premier trimestre. Son montant et sa répartition ne sont pas encore connus mais la Fédération demande que les économies ainsi dégagées soient intégrées dans le protocole.

Depuis les Journées Francophones de Radiologie 2019, les radiologues - libéraux et hospitaliers - disposent maintenant des **recommandations scientifiques pour l'utilisation des produits de contraste** qui sont cohérentes avec les fiches pertinence que nous avons publiées. Il appartient à tous les radiologues de les mettre en œuvre en réduisant les volumes et concentration dans l'intérêt des patients. Les radiologues libéraux



DR
Dr Jean-Philippe Masson
Président de la FNMR

doivent aussi poursuivre leurs actions envers ou avec leurs correspondants afin de promouvoir les actions de pertinence sur les différents thèmes.

De nouvelles fiches pertinence à destination des patients sont disponibles (un jeu est joint à cette revue). Elles sont destinées à être diffusées auprès des généralistes afin qu'en

s'appuyant sur ces fiches ils puissent dissuader des patients qui insisteraient pour avoir une radiographie non pertinente. Elles sont disponibles sur les sites fnmr.org, pertinenceimagerie.fr et monradiologue.fr. Elles seront communiquées aux différents syndicats médicaux, aux URPS¹, etc. Vous pouvez aussi les adresser par mail à vos correspondants.

Mais il faut aussi que les CPAM² s'engagent plus activement. Certaines n'ont, deux ans après la signature du protocole, rien entrepris alors que d'autres sont très actives, en partenariat avec les responsables locaux FNMR. Ainsi, en Savoie, Philippe COQUEL a organisé, avec sa CPAM, un premier webinar qui a été étendu à toute la région Auvergne-Rhône-Alpes. Dans le Nord Jean-Christophe Delesalle organise des rencontres régionales avec des médecins généralistes et le soutien de la Caisse régionale. En Bretagne, c'est Eric Chevalier qui organise des actions en partenariat avec les Caisses. Dans d'autres régions, en dépit de propositions de réunions avec les CPAM pour discuter avec les généralistes des actions de pertinence en imagerie, il n'y a pas de réaction.

Concernant les produits de contraste, Philippe Coquel apporte des précisions sur la nouvelle réglementation relative aux génériques entrée en vigueur pour les ordonnances délivrées à partir du 1^{er} janvier 2020. Jusqu'à cette date, l'éventuelle mention non substituable devait être manuscrite. Cette obligation est supprimée, la mention pouvant être inscrite par le logiciel.

Il existe maintenant **seulement trois motifs médicaux** pour la non substitution qui concernent l'ensemble des médicaments. Parmi ces motifs, il y a l'intolérance

à un excipient. Pour les produits de contraste, il n'y a qu'un seul générique en IRM. Sa molécule est strictement identique à celle du produit princeps. Le motif d'intolérance ne peut donc pas être évoqué.

Le seul motif de substitution accepté concerne le nourrisson de moins de 6 mois car le générique n'a pas d'AMM dans ce cas particulier.

Pour la prise en charge, trois cas sont à considérer :

- Règle générale : Le pharmacien délivre le générique, que la prescription soit faite pour le princeps ou pour le générique et quel que soit le conditionnement. Le patient bénéficie du tiers-payant et d'un remboursement non minoré.
- Princeps avec mention "non substituable" justifiée sur l'ordonnance (nourrisson de moins de 6 mois). Le pharmacien délivre le princeps avec tiers-payant et le facture sur la base de remboursement sans minoration.
- Prescription du princeps sans mention "non substituable" justifiée et refus par le patient du générique. Le pharmacien lui délivre le princeps, lui fait payer en totalité sans tiers-payant. Le patient envoie sa feuille de soins à sa caisse qui le rembourse sur une base minorée basée sur le prix du générique. Si le prix du princeps est supérieur à celui du générique (ce qui est le cas actuellement), le patient supporte la différence de prix.

Le CIRTACI³ devrait publier ses recommandations dans le journal d'imagerie en 2020. Il y aura une séance de mise au point « produits de contraste » aux JFR 2020. Un livre faisant la synthèse sur l'utilisation en pratique courante des produits de contraste iodés et gadolinés sortira à cette occasion.

MANIPULATEURS

Lors de la dernière réunion du Conseil national de la radiologie (G4), les radiologues hospitaliers ont expliqué qu'il manquait de manipulateurs car ceux-ci sont attirés par les salaires du secteur libéral. Il faut savoir qu'il y a, **en France, trente mille manipulateurs dont vingt mille dans le public**. 70% des actes de radiologie sont réalisés dans le secteur libéral contre 30% à l'hôpital. Le secteur libéral ne peut donc pas être soupçonné de détourner les manipulateurs.

(1) Union régionale des professionnels de santé.

(2) Caisse primaire d'assurance maladie.

(3) Comité interdisciplinaire de recherche et de travail sur les agents de contraste en imagerie.



Il y a cependant une situation difficile en Ile-de-France. Étant donné les prix du logement à Paris, beaucoup de manipulateurs s'installent en grande banlieue et cherchent un emploi autour de leur résidence, d'où des tensions dans la capitale et en petite couronne.

CONVENTION COLLECTIVE DES CABINETS MÉDICAUX



DR
Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux, en charge de ce dossier à la CSMF, apporte des précisions sur la nouvelle grille de la convention collective des cabinets médicaux. Elle s'applique toutes spécialités confondues. Elle est actuellement opposable aux seuls médecins qui adhèrent à un syndicat signataire, c'est-à-dire la CSMF, le SML, la FMF et MG France pour les

employeurs. Les médecins ont un an pour la mettre en œuvre.

La nouvelle grille affiche 5 % d'augmentation par rapport à la grille précédente. Dans ces 5 %, il y a 2 % qui correspondent à un rattrapage du SMIC, puisque le temps de négociation de cette grille a pris 2 ans et

pendant ce temps-là, les plus bas coefficients se sont trouvés en dessous du SMIC, 2 % en dessous.

Elle donne un espace de négociation au sein de chaque entreprise, puisque le salaire est constitué sur quatre éléments qui sont : la formation – niveau 2 pour les manipulateurs, la complexité, la dimension relationnelle et l'autonomie. Dans chaque filière, il y a un coefficient qui peut varier. Dans les cabinets, elle permet d'avoir des emplois repères de manipulateurs avec des salaires différents en fonction de l'autonomie sur un poste par rapport à un autre, ou de la complexité de l'exercice d'un manipulateur qui fait du vasculaire par rapport à un manipulateur qui n'aurait qu'une activité de conventionnel par exemple.

<https://ccn-cabinets-medicaux.fr/convention-collective-avenants-et-interpretation>

RÉGIME DES AUTORISATIONS.

La réforme prévue par la loi sur la modernisation du système de santé va **transformer le régime des autorisations de détention d'un équipement en autorisation d'activité de soins.** C'est Bruno Silberman, Premier Vice-Président, qui expose l'état des discussions avec la DGOS⁴. Jusqu'à maintenant, les activités de soins étaient toutes de types "thérapeutiques". Inclure le dia-

(4) Direction générale de l'offre de soins.

gnostic est donc une nouveauté. La radiologie interventionnelle est aussi concernée.

Une première série de réunions avec la DGOS était en passe d'aboutir à un accord avant que les chirurgiens n'interviennent en déclarant qu'ils étaient aptes à pratiquer la radiologie interventionnelle sans formation spécifique. Depuis, le groupe de la DGOS chargée d'animer le groupe de travail a changé, la nouvelle équipe connaissant peu la radiologie. Il a donc fallu recommencer la réflexion jusqu'à ce qu'une troisième équipe vienne remplacer la deuxième. Il a fallu refaire, à nouveau, toute la réflexion sur les futures autorisations.

La DGOS était d'accord pour rattacher l'imagerie interventionnelle à l'imagerie de diagnostic évitant ainsi le conflit avec les chirurgiens. Le régime d'autorisation concernerait alors l'imagerie diagnostic et l'imagerie interventionnelle.

Mais, au mois d'octobre, la DGOS annonçait vouloir conclure en deux mois, ce qui est impossible étant donné la complexité d'une telle réforme et l'importance qu'elle revêt pour les radiologues libéraux dont l'exercice dépend en grande partie des autorisations qu'ils obtiennent.

A la suite de cet épisode, plusieurs sujets ont été discutés. En premier, **le droit des autorisations et les techniques sur lesquelles il porte**. Bien évidemment pas sur l'échographie ou la radiologie conventionnelle. La DGOS ne prévoyait pas non plus d'y intégrer l'imagerie hybride (TEP scan ou TEP IRM). Face à la demande du Conseil professionnel de la radiologie (G4), la DGOS a répondu que l'imagerie hybride s'inscrivait dans un décret spécifique à la médecine nucléaire excluant ainsi les radiologues de ces techniques. Le G4 s'est adressé au conseil professionnel de la médecine nucléaire qui a décliné tout travail en commun considérant que le PET scan est du ressort des médecins nucléaires et que le PET IRM n'a pas d'avenir.

L'objectif du G4 n'est évidemment pas d'ignorer les médecins nucléaires mais de s'assurer que les radiologues ne seront pas non plus exclus. A ce jour, il n'y a pas de solution sur ce point.

Un autre objet de discussion est le cadre général des autorisations. L'idée est de retenir le **principe d'autorisation non pas par site mais par unité ou par "équipe" avec des sites multiples**. Ce principe permettrait un peu de souplesse et éviterait les refus d'autorisations quand il n'y a pas de nouveau site prévu dans le schéma régional.

Le troisième élément fondamental des autorisations est le cadre juridique de l'autorisation. Une autorisation de détention d'équipement peut être obtenue par un GIE ou une SCM⁵. Ce n'est pas le cas d'une autorisation d'activité.

La SCM n'a pas de personnalité morale, le GIE a une personnalité morale, mais pour développer des moyens et certainement pas pour faire de l'activité. Si demain, les autorisations deviennent des autorisations d'activités, il faudra que tous les GIE et les SCM changent de statut juridique. La DGOS propose de recourir au GCS⁶. Mais dans le cas d'une coopération public-privé, le GCS devient automatiquement de droit public avec les contraintes qui l'accompagnent. La FNMR a saisi ses juristes de cette question afin de faire des propositions à la DGOS.

Pour Jean-Philippe Masson, les radiologues libéraux ne peuvent pas être soumis aux règles du GCS de droit public qui sont trop contraignantes. La solution doit permettre le libre exercice de l'imagerie mais aussi ne pas soumettre les radiologues libéraux aux prédateurs financiers.

Eric Chavigny, Vice-Président de la FNMR, qui fait partie du groupe de travail G4-DGOS, souligne qu'un partenaire est absent des réunions, à savoir la Caisse d'assurance maladie. Il y a un risque que l'augmentation des autorisations se traduise par une



DR
Dr Pierre-Jean Ternamian
Vice-Président FNMR

tions se traduise par une baisse des tarifs qui rendrait l'activité difficile.

Pierre-Jean Ternamian, Vice-Président de la FNMR, rappelle que la réforme des autorisations est globale. Elle concerne toutes les spécialités comme la cardiologie, la néphrologie, etc. Il y a un groupe de travail en imagerie avec des spécialistes référents. Mais au final il y a une administration qui

décide, la DGOS et le cabinet.

Dans l'immédiat, seulement trois autorisations d'exercice pourront être publiées : les services de soins de suite et de réadaptation, la cardiologie interventionnelle et la neurologie interventionnelle. Dans la majorité des GHT⁷,

(5) Groupement d'intérêt économique, société civile de moyens.

(6) Groupement de coopération sanitaire.

(7) Groupement hospitalier de territoire.



...> il y a une situation de crise en neuro interventionnelle et il faut absolument des renforts de cardiologie interventionnelle en aide aux neuroradiologues. Toutes les autres autorisations sont en stand-by.

Il ne faut pas oublier qu'au-dessus du groupe de travail pour l'imagerie, il y a encore les négociations que le ministère mène dans le cadre de la commission faïtière des autorisations qui coiffe toutes les commissions spécialisées, avec les différentes fédérations hospitalières. Mais le principe des autorisations accordées aux utilisateurs plutôt qu'aux établissements a été acté. Cela en serait alors fini des blocages récurrents de nouvelles autorisations au prétexte qu'il faudrait les mettre sur un site déjà existant, ce qui pénalise les nouvelles installations IRM libérales.

Dans la majorité des régions, les ARS⁸ demandent d'attendre la révision du PRS⁹ pour 2021 ou 2022. Autrement dit, les autorisations sont bloquées.

LA CARMF¹⁰

Jean-Philippe Masson expose **le projet de réforme des retraites**. Le principe est l'établissement d'un régime universel fonctionnant avec des points. Il concerne aussi les professions libérales dont les médecins. L'État s'intéresse de près à la CARMF, gérée par les médecins, car elle dispose de réserves importantes - environ 7 milliards - constituées grâce aux cotisations des médecins pour faire face aux évolutions démographiques.

Dans un premier temps, le Haut-Commissaire aux retraites, Jean-Paul Delevoye, prévoyait une série de huit rencontres techniques avec la CARMF. Lors de la première rencontre, la CARMF a présenté des simulations et demandé au gouvernement les siennes. Il n'y a plus eu de réunion, la CARMF n'a plus de nouvelles. Depuis, la ministre a annoncé que les réserves des médecins seraient sanctuarisées, sans plus de précision. Il est toujours possible de la croire.

De toute façon, il y aura une hausse des cotisations et une baisse des retraites de l'ordre de 10% à 30% en fonction du plafond de la sécurité sociale. Les radiologues sont "à trois plafonds" soit 120 000 euros.

Plusieurs cas de figure sont possibles. Dans le futur système universel sans convergence, c'est-à-dire sans utiliser les réserves, la retraite serait de 46 096€, c'est-à-dire -13 %. S'il y a un système universel avec convergence, c'est-à-dire en utilisant les 7 milliards, mais ça n'a qu'un temps, il y aurait une baisse de 1 %. Cette réforme ne concernera pas directement les plus âgés puisque nous serons dans le système avec convergence, mais elle concernera les générations à partir de 1975

avec des baisses entre 20% et 30 %. Dans ce schéma, la CARMF disparaîtra.

Certains ont proposé la création d'une caisse complémentaire obligatoire mais cela signifie des cotisations supplémentaires pour compenser les pertes. Il faut aussi tenir compte de la cotisation de solidarité. Elle est de 2,81% mais ne donnera pas droit à l'obtention de points. C'est donc un impôt qui ne dit pas son nom.

Actuellement, le conseil d'administration de la CARMF est composé de médecins en activité, de syndiqués, de non syndiqués, de retraités et des représentants de conjoints survivants : la CARMF est bien la caisse de l'ensemble des médecins quel que soit leur statut. Dans le projet, il y aurait un conseil de la protection sociale avec seulement des représentants des syndicats médicaux. Avec la disparition de la CARMF, ce sont aussi ses réserves qui disparaîtront d'ici à 2030.

La CARMF a invité toutes les organisations syndicales à une réunion pour faire le point sur la question. Toutes ont participé sauf la CSMF et MGF. Au cours de cette réunion, le président de la CARMF, Thierry Lardenois, a fait part de son sentiment que les médecins ne sont pas informés en dépit des différentes publications de la CARMF. La FNMR a demandé une note synthétique pour la transmettre aux radiologues. La CARMF a prévu de la rédiger rapidement.

Il reste un peu plus d'un an pour infléchir ce projet de réforme. En effet, comme pour la loi santé, le Gouvernement va légiférer par ordonnances qui devront être ratifiées entre 12 et 18 mois après le vote sur la réforme des retraites. Il importe donc que les médecins se mobilisent. Le sondage de la Lettre Informatique indique que 55% des lecteurs sont prêts à se mobiliser.

LE CNOM¹¹

Le Conseil professionnel de la radiologie (G4) a été reçu, à sa demande, par le CNOM. Plusieurs sujets étaient à l'ordre du jour.

Le G4 a demandé au CNOM de cosigner **la charte de la téléradiologie** - mise à jour par Jean-Christophe Delesalle - comme il l'avait fait pour la première version. Alors qu'il est inscrit dans la charte que les examens de radiologie doivent être interprétés dans le cadre de la téléradiologie par des radiologues, le CNOM considère que tous les médecins même non radiologues peuvent interpréter.

(8) Agence régionale de santé.

(9) Plan régional de santé.

(10) Caisse autonome de retraite des médecins de France.

(11) Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Le G4 a demandé au CNOM pourquoi le rapport sur **l'échographie**, annoncé il y a deux ans, n'est toujours pas publié. Pour le CNOM, il est difficile de dire qui peut faire de l'échographie. Pour le G4, la pratique de l'échographie dépend de la formation DES ou DU. Le CNOM argumente que l'échographie est le prolongement de la main du médecin généraliste. La question semble donc bloquée. De son côté, la CNAM n'est pas prête à interdire le remboursement d'une échographie réalisée par un médecin qui n'a pas la formation adéquate.

L'Ordre organisait, au niveau national, **les commissions de qualification pour les praticiens étrangers** demandant à être qualifiés en France. Elles devraient être décentralisées et organisées par les ARS. Il y a cinq mille médecins étrangers en attente d'une équivalence. Ces commissions doivent comprendre un médecin libéral et un médecin hospitalier. Les éventuels appels des décisions régionales seront traités au niveau national.

AVENIR SPÉ



Jean-Philippe Masson présente la situation syndicale avec **l'évolution de l'UMESPE, branche de la CSMF, en Avenir Spé**. L'UMESPE a procédé à une refonte de ses statuts, son bureau étant resté le même, pour évoluer vers une nouvelle représentativité.

Pour **comprendre les raisons de cette évolution**, il faut remonter à 1986, année de la création de MG France, syndicat de médecins généralistes issu d'une scission de la CSMF. Pour le secteur libéral, MG France est devenu l'interlocuteur privilégié de l'État, les spécialistes étant mis à l'écart. Ainsi, avec les conventions médicales et les lois de réforme du système de santé, a été mis en place un système de soins centré sur le médecin généraliste. La place des spécialistes est cantonnée à l'hôpital. Les syndicats polycatégoriels se sont lancés dans une sorte de course à l'échalote en privilégiant les généralistes.

Le Canada nous offre un autre exemple avec un syndicat de généralistes, un autre de spécialistes. Les tarifs médicaux canadiens montrent que ce système fonctionne bien. Bruno Silberman rappelle que l'UMESPE n'est pas le regroupement d'adhésions individuelles - qui restent des exceptions - mais de syndicats verticaux mono ou poly-appartenant. L'UMESPE ne recevait pas de cotisations de la CSMF mais seulement des syndicats verticaux.



Dr. Bruno Silberman,
1^{er} Vice-Président FNMR.

Très tôt, l'UMESPE a correspondu, avant tout, à la volonté de réunir l'ensemble des représentations de chaque spécialité. Le mouvement s'est renforcé pendant la négociation pour la CCAM¹² parce qu'il a fallu mettre toutes les spécialités ensemble pour discuter de cette réforme extrêmement complexe.

Pour les élections aux URPS, ce sont les verticaux

qui ont mobilisé les médecins spécialistes pour voter. Ce système a longtemps fonctionné. Mais, aujourd'hui, trois lois de modernisation du système de santé et deux conventions médicales ont donné la priorité au premier recours et à l'hôpital. Le rôle des spécialistes a été quasiment ignoré. Cette évolution est allée de pair avec la reconnaissance du généraliste comme spécialiste. Or, le spécialiste s'engage à ne traiter qu'un seul organe ou une technique ou une tranche d'âge. Le généraliste fait un autre métier.

Ceci a conduit à des négociations pour **les conventions médicales qui se construisaient d'abord pour les généralistes**, les spécialistes devant se contenter de ce qui restait. C'est ainsi que les tarifs de consultation pour les spécialistes n'ont pu évoluer, sauf cas particuliers, dans la mesure où différents tarifs de spécialistes auraient été perçus comme discriminant vis-à-vis des généralistes. Les pédiatres ont pratiquement perdu leur spécialité puisque tout le monde peut faire de la pédiatrie et en particulier le médecin traitant. La consultation spécialisée pour le diagnostic à 3 ans devait pouvoir être pratiquée par le généraliste avec quelques mois de formation. La même évolution se dessine pour l'échographie, la gynécologie, le diabète, etc.

Les médecins spécialistes ont été de plus en plus nombreux à considérer qu'ils étaient de moins en moins entendus dans les négociations pour les disciplines cliniques. Quant aux disciplines techniques, elles ont servi d'ajustement avec des baisses tarifaires continues.

De ces constats est née **la volonté d'une autonomie de négociation**. La question suivante est : faut-il rester mono appartenant au sein de la CSMF ou poly appartenant ? L'UMESPE a fait l'expérience de la mono appartenance qui ne fonctionne plus.

(12) Classification commune des actes médicaux.



...> Le choix a donc été d'évoluer en changeant de nom pour devenir Avenir Spé avec l'objectif d'un syndicat représentatif autonome. Il ne s'agit pas d'être contre les généralistes mais de s'occuper des spécialistes. La plupart des spécialités – anesthésistes, endocrinologues, anapath, pédiatres, allergologues, ophtalmologues, médecine de rééducation, une partie de la psy, la chirurgie pédiatrique, les radiologues, les ultra-sono, les radiothérapeutes oncologues - de l'UMESPE se sont prononcées pour le changement. Trois ou quatre spécialités ont dit : "Nous ne sommes pas encore prêts à le faire".

Le statut qui aurait conduit inévitablement à la poursuite de l'affaiblissement déjà enregistré dans les précédentes élections de la représentation médicale des polycatégoriels. Il aurait conduit à ouvrir la voie aux organisations démagogiques.

L'idée qui préside à Avenir Spé est de rassembler les spécialités avec un objectif, les élections aux URPS qui se joueront la prochaine fois sur deux collègues. En bref, un syndicat de spé pour les spé. En réponse à une question, Jean-Philippe Masson rappelle que les syndicats verticaux de spécialités, comme la FNMR, n'étaient pas adhérents à la CSMF mais à l'UMESPE. La FNMR était adhérente de l'UMESPE, elle devient, de facto, adhérente d'Avenir Spé qui lui-même peut, tout en restant à la CSMF, adhérer à la FMF et au SML. Bruno Silberman ajoute que la question de la représentativité ne se pose pas dans l'immédiat dans la mesure où aucun texte n'est prévu d'ici les prochaines élections aux URPS.

LA REPRÉSENTATIVITÉ SYNDICALE

La représentativité syndicale dépend de plusieurs cri-

tères, le Gouvernement ayant une large marge d'appréciation. Pour qu'un syndicat puisse se présenter aux URPS, il faut qu'il ait un délégué par département. Il doit aussi exister depuis au moins deux ans ce qui est le cas d'Avenir Spé qui n'est que le nouveau nom de l'UMESPE dont il reprend l'ancienneté. A la fin du mois de juin 2020, une commission de préparation des élections se mettra en place. Le vote, électronique, devrait se tenir du 10 au 14 avril 2021. Les nouvelles URPS devraient être installées en juin 2021.

L'émergence d'Avenir Spé a ensuite fait l'objet de nombreuses interventions des radiologues représentant les régions. Ils partagent le constat d'un abandon des spécialistes par les syndicats polycatégoriels. La nécessité de trouver une nouvelle voie apparaît impérative à tous. Les administrateurs ont tenu à exposer les particularités propres à leur région tant sur le plan syndical que dans les relations avec les ARS ou les URPS. Certains ont notamment tenu à signaler que dans leur région, au sein de leur URPS, les relations avec les autres spécialistes se nouent sans préoccupation de l'appartenance syndicale.

Jean-Philippe Masson clôt le débat en résumant les différentes interventions, à savoir qu'il faut laisser un peu de temps pour que le débat s'apaise. La FNMR était adhérente à l'UMESPE laquelle a toujours fortement soutenu les radiologues et la Fédération dans toutes les négociations avec la CNAM. La transformation de l'UMESPE en Avenir Spé ne change donc rien dans l'immédiat. Le président rappelle enfin que sa première motivation et son premier objectif sont la défense de la radiologie libérale. ●



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

La pratique de l'échographie par le manipulateur



1 : LA DÉLÉGATION DE TÂCHES.

La pratique est autorisée par le **décret n° 2016-1672 du 5 décembre 2016 relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale :**

Art. R. 4351-2-2.- Le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à pratiquer, sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article R. 4351-1, en application soit d'une prescription médicale individuelle, soit d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par ce médecin, les actes et activités suivants, à condition qu'un médecin et, le cas échéant, un physicien médical, dans le champ qui le concerne, puissent intervenir à tout moment :

- 1 – Dans les domaines de l'imagerie médicale et de la médecine nucléaire ;
- 2 – Réalisation des explorations nécessitant l'administration de médicaments, y compris radiopharmaceutiques ;
- 3 – Recueil du signal et des images en échographie, sous réserve de l'obtention d'un titre ou d'un diplôme dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- 4 – Sur prescription médicale, administration de médicaments requise par l'état du patient bénéficiant de l'examen ou du traitement ;

2 : LES PRÉREQUIS.

L'obtention d'un DIU est donc indispensable.

L'inscription est ouverte à tous les manipulateurs ayant au minimum 2 ans d'expérience.

Ce DIU est ouvert dans de nombreuses universités. Il s'agit plus précisément d'un DIU d'acquisition d'image.

Un tronc commun dit « généraliste » avec cours et pratique (20 vacations), suivi d'un examen.

Puis acquisition de 2 modules dit « d'échographie abdomino-pelvienne et d'échographie superficielle et vasculaire » sanctionnés eux aussi par un examen. (30 vacations par module).

Après obtention du diplôme : enregistrement obligatoire du manipulateur, mais aussi du ou des radiologues, auprès de l'ARS où exerce le salarié. Enregistrement sur site WEB dans la plupart des ARS.

3 : L'ACTIVITÉ.

Le manipulateur peut effectuer des échographies (hors cardio, obstétrique, du sein) sous le contrôle d'un radiologue qui doit être présent sur site.

Le compte rendu est cosigné.

La clientèle doit être informée dans la salle d'attente qu'il est possible que son examen soit effectué par un manipulateur, ce qu'elle peut refuser.

Un bilan annuel d'activité doit être réalisé, de même qu'une enquête de satisfaction et envoyé à l'ARS. -

4 : EN PRATIQUE.

Prévoir au minimum 18 mois entre le début de la formation, l'obtention des diplômes et l'inscription à l'ARS.

Il n'existe pas à ce jour de rémunération particulière pour un manipulateur exerçant l'échographie dans la convention.

Certaines universités permettent, pour au moins en partie, d'effectuer certains stages en secteur libéral. ●

DR PATRICK SOUTEYRAND
RADIOLOGUE MONTPELLIER



EN QUELQUES MOTS...



l'essentiel sur... **L'ICONOGRAPHIE**

Faut-il remettre au patient une image avec le compte-rendu ?

I. CABINETS MÉDICAUX

Pour les médecins radiologues exerçant en libéral, une seule référence, la CCAM

Le compte rendu est accompagné **ÉVENTUELLEMENT** d'un tracé ou d'une iconographie approprié (Art I-5 DG CCAM)

- Il n'y a pas d'obligation légale de fournir au patient et/ou au médecin correspondant une iconographie en accompagnement du compte rendu.
- Il est cependant recommandé de le faire quelle que soit la forme (support physique ou numérique).
- Il est aussi recommandé de conserver les images (en respectant les règles d'archivage) qui font partie du dossier médical tenu par le médecin en raison de possibles contentieux juridiques ultérieurs à l'examen.

II. EN ÉTABLISSEMENT POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX

Pas de texte législatif mais des recommandations du **CNOM** :

- Conservation = 20 ans comme dans les établissements.
- Conservation dans des conditions permettant d'assurer la confidentialité et la pérennité du dossier.

III. POUR TOUS LES MÉDECINS

En cas d'archivage pris en charge (TDM-IRM, Mammographie en DO et suivi de cancer)
5 ans dont 3 ans en accès immédiat sur site (DG CCAM Annexe 5)

Délai de prescription en responsabilité
10 ans à compter de la consolidation du dommage



EN QUELQUES MOTS...

l'essentiel sur...
L'ICONOGRAPHIE

Faut-il remettre au patient une image avec le compte-rendu ?

TEXTES DE RÉFÉRENCE

■ **Dispositions générales de la CCAM - Article I-5**

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées.

Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié.

Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande

■ **Code de la santé publique**

(Art R1112-2) : Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

[.../...]

Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, **examens para-cliniques, notamment d'imagerie** ;

zones surveillées et contrôlées

Ce qu'il faut retenir !

Conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées et des zones spécialement réglementées ou interdites compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi qu'aux règles d'hygiène, de sécurité et d'entretien qui y sont imposées (Arrêté du 28 janvier 2020 (JO 1/02/2020) modifiant l'arrêté du 15 mai 2006 modifié).

Cet arrêté modifie l'arrêté du 15 mai 2006, relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées dites zones délimitées compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants.

Il entre en vigueur dans un délai d'un mois à compter de la date de sa publication au Journal Officiel de la République française, donc au 1^{er} mars 2020.

DÉFINITION DE ZONE

Une zone est un espace de travail ou un lieu autour duquel une source de rayonnement fait l'objet de mesures de prévention à des fins de protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.

Les zones spécialement réglementées à l'intérieur de la zone contrôlée verte sont supprimées.

A l'intérieur des zones surveillées et contrôlées ainsi que des zones attenantes à celles-ci, l'employeur définit des points de mesures ou de prélèvements représentatifs de l'exposition des travailleurs qui constituent des références pour les vérifications des niveaux d'exposition définies. Il les consigne, ainsi que la démarche qui lui a permis de les établir

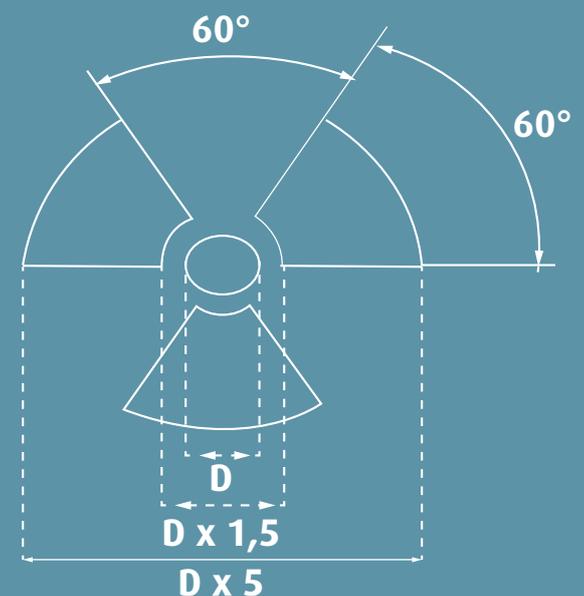
...>

SIGNALISATION DES ZONES

Trois secteurs également répartis, dont un orienté vers le bas. Les couleurs des panneaux sont définies en fonction des zones qu'ils identifient.

- La **zone surveillée** gris bleu devient **bleu**
- La zone contrôlée de couleur verte devient "**zone contrôlée verte**"
- Les zones jaunes et orange spécialement réglementées deviennent respectivement "**zones contrôlées jaunes**" et "**zones contrôlées oranges**"
- Les zones Interdites rouge deviennent "**zones contrôlées rouges**"
- La **zone d'opération** est maintenant **rouge**
- La nouvelle **zone extrémité** est grise complétée de la **mention "zone extrémité"**

Il y a donc disparition des appellations "zones spécialement réglementées" ainsi que celle de "zones interdites". La zone d'opération devient rouge. Il y a l'apparition d'une nouvelle zone grise qui correspond aux extrémités et il n'y a pas de couleur définie pour la zone radon.





...> **MAINTIEN DE LA NOTION D'INTERMITTENCE ET POSSIBILITÉ DE SUSPENSION.**

Lorsque l'émission de rayonnements ionisants n'est pas continue, et que les conditions techniques le permettent la délimitation de la zone surveillée ou contrôlée peut être intermittente. Cette notion est étendue à la zone surveillée.

Un dispositif lumineux assure la cohérence permanente entre le type de zone et la signalisation tri-sectorielle prévue. Cette signalisation est complétée, s'il y a lieu d'une information sonore.

La suppression ou la suspension de la délimitation d'une zone surveillée ou contrôlée peut être effectuée dès lors que tout risque d'exposition externe et interne est écarté.

ZONE D'EXTRÉMITÉS

Pour l'exposition externe des extrémités (mains, avant-bras, pieds, chevilles), la zone est désignée zone d'extrémité. La limite d'exposition est une dose équivalente de 4mSv/mois. Cette zone unique simplifie l'ancien zonage des extrémités.

DISPOSITIONS POUR LES APPAREILS MOBILES OU PORTABLES

Pour rappel, la zone d'opération est une zone telle qu'à sa périphérie, la dose efficace demeure inférieure à 0,025 mSv, intégrée sur une heure.

Lorsque le rayon de la zone d'opération est inférieur à un mètre, la délimitation de la zone n'est pas requise.

Lorsque la délimitation matérielle de la zone n'est pas possible, un protocole spécifique à l'opération considérée doit être établi. Ce protocole précise notamment les dispositions organisationnelles nécessaires aux contrôles des accès à cette zone d'opération.

SIGNALISATION DES ZONES

La forme des panneaux de signalisation est définie par le schéma de base (voir encadré p. 15)

**ALAIN NOEL,
VINCENT PLAGNOL**
PHYSICIENS

Le risque juridique en radiologie

Dans le cadre d'une étude réalisée sur un échantillon de 287 réclamations enregistrées au titre des années 2016-2017-2018, la MACSF présente une analyse du risque médico-juridique en radiologie. Quelles principales données juridiques peut-on retenir ?



QUELQUES RAPPELS SUR LES RESPONSABILITÉS

La responsabilité encourue par le médecin radiologue dépend de l'objectif poursuivi par le patient s'estimant victime d'un dommage, son représentant légal ou ses ayants-droit en cas de décès.

- Si l'objectif du patient est purement indemnitaire, c'est-à-dire qu'il souhaite obtenir une somme d'argent en réparation du préjudice subi, deux voies sont possibles.

D'abord, il peut choisir **la voie amiable**. Il peut alors envoyer un courrier de réclamation directement au praticien ou à son assureur ou envisager la saisine d'une Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI). Ces commissions, créées par la loi Kouchner du 04/03/2002, sont de plus en plus saisies par les patients car elles présentent l'avantage d'être gratuites et rendent leur avis dans des délais brefs.

Le patient peut également opter pour la **voie judiciaire**. On parle alors de responsabilité civile si le praticien exerce à titre libéral ou salarié et de responsabilité administrative si le médecin est praticien hospitalier. Il convient de garder à l'esprit que, sauf exceptions, cette responsabilité nécessite que trois conditions cumulatives soient réunies : une faute du médecin, un préjudice pour le patient et un lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice.

Une procédure judiciaire ne s'achève pas nécessairement par une décision de justice, le patient formulant sa réclamation en principe en deux temps avec une demande

d'expertise devant le juge des référés puis une demande d'indemnisation devant le juge du fond. Très souvent, il abandonnera ses poursuites à l'issue de la 1^{ère} étape lorsque les experts n'auront retenu aucune faute susceptible d'engager la responsabilité du praticien.

- Si l'objectif du patient est que le médecin soit **sanctionné** pour un comportement dangereux ou illicite, deux voies sont envisageables.

D'abord, le médecin risque de voir sa **responsabilité pénale** engagée : ce qui est sanctionné c'est l'infraction aux dispositions du code pénal. Que le médecin ait contribué directement ou indirectement à la réalisation du dommage, sa responsabilité pourrait, par exemple, se trouver engagée au titre de blessures ou d'homicide involontaires ou encore d'une violation du secret professionnel. Enfin, le médecin peut voir engagée sa **responsabilité disciplinaire** devant le Conseil de l'Ordre dont le rôle est de sanctionner les manquements à la déontologie et aux règles et obligations professionnelles.

QUE RETENIR DE L'ANALYSE DES RÉCLAMATIONS PATIENT REÇUES PAR LA MACSF ?

S'agissant de votre profession, la **responsabilité indemnitaire** des médecins radiologues est la plus souvent recherchée, elle concentre plus de 90% des réclamations : 30% d'amiable, 31% de saisine de CCI et 30% de procédure judiciaire (+ moins d'1% de procédure administrative).

En revanche, comme pour de nombreuses autres professions médicales ou chirurgicales, les responsabilités ordinale (4%) et pénale (2%) des radiologues ne sont que très peu recherchées.

Dans 58% des cas, nous considérons qu'un dossier a évolué favorablement, soit grâce à une mise hors de cause du médecin, soit après un avis d'incompétence CCI (pour seuils de gravité non atteints) ou encore après dépôt d'un rapport d'expertise favorable.

...>

...> A l'inverse, 17% des dossiers évoluent défavorablement, soit par condamnation judiciaire, soit en raison d'un avis CCI défavorable. Avec l'accord de nos sociétaires, des dossiers sont également transigés à l'amiable suite à un rapport d'expertise amiable ou judiciaire défavorable risquant d'évoluer vers une poursuite de la demande indemnitaire. A noter également, 10% de « dossiers à risque », à savoir des dossiers pour lesquels un rapport d'expertise défavorable a été rendu et en attente d'un jugement ou d'un avis CCI.

La faute technique la plus souvent reprochée est le **dé-faut/retard diagnostic** (24 dossiers) faisant souvent

suite à des erreurs d'interprétation des clichés. Il est également reproché à nos sociétaires radiologues des défauts de prise en charge (15 dossiers) : défaut de communication et classement rapide des résultats ou encore retard de prise en charge d'une spondylodiscite ou d'une maladie cancéreuse. Quelques maladroites techniques (8 dossiers) sont également à relever. Il s'agit ici surtout d'extravasation de produit de contraste, de défaut de calibrage ou encore d'inversion de côté sur un cliché.

La MACSF vous donne rendez-vous dans un prochain article pour une présentation des données médico-juridiques de l'étude. ●

Publi-rédactionnel

LES RETOMBÉES POSITIVES DE LA LABELLISATION

Mettre en place une démarche qualité et labelliser son centre d'imagerie selon le référentiel Labelix présente de nombreux avantages.

Nous listons ici les principaux, sans chercher à être exhaustifs :

- **Assurer** une meilleure coopération et entente interprofessionnelle entre les membres de l'équipe.
- **Améliorer** l'organisation interne du centre d'imagerie.
- **Perdre** moins de temps.
- **Formaliser** ses pratiques.
- **Harmoniser** les pratiques entre les sites en cas d'exercice multisite.
- **Mieux intégrer** les nouveaux arrivants.
- **Avoir conscience** des risques et mieux les maîtriser (hygiène, identitovigilance, risques non cliniques, ...).
- **Respecter** ses obligations réglementaires (radioprotection, droit des patients, droit du travail, RGPD, ...).
- **Mieux gérer** l'entreprise et maîtriser ses coûts.
- **Démontrer** son professionnalisme et améliorer l'image et la notoriété du CIM auprès des patients et des médecins cliniciens correspondants.
- En établissement de santé, **permettre** au service d'imagerie de répondre aux exigences de la HAS pour la certification de l'hôpital ou de la clinique.
- **Permettre** d'argumenter un dossier de demande ou de renouvellement d'un scanner ou d'une IRM auprès de l'ARS.
- **Être reconnu** auprès des institutionnels (ARS, Assurance maladie, mutuelles, ...).
- **Faciliter** la conception d'un nouveau centre d'imagerie lors d'un projet architectural.
- **Pouvoir** mieux se défendre en cas de procès.

et répondre à l'obligation réglementaire de la mise en place d'une assurance qualité dans le champ de la radioprotection (décision Asn).

Hervé Lecllet - Santopta

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

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

REPLACEMENTS

10906 75 CHERCHE REMPLAÇANT(E)

Cab. rech. remplaçant(s) radio. conv., écho., mammo., scan, IRM pour vacations régulières et nombreuses périodes à tps plein. . - Possibilité association voire reprise à terme.
> Contact : Dr ZERBIB :
01 42 09 04 04 ou 06 63 19 13 29 -
Email : t.zerbib@orange.fr

10909 89 CHERCHE REMPLAÇANT(E)

Départ retraite et augm. activité, SELARL 7 radiols rech. rempl. en vue d'une future association. Activité pluridisciplinaire sur 2

sites mitoyens, IRM (projet pour 2^e IRM), scan, mammo numérisée, interventionnel : biopsies et infiltrations, 2 échos. radio gén. avec table numérisée
> Contact : 06 08 67 70 75

10919 56 CHERCHE REMPLAÇANT(E)

Ploermel - Cabinet 1 seul site, accès TDM,

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

IRM, cherche remplaçant(e) régulier ou occasionnel et/ou futur associé(e). Activité très variée polyvalente, radio conventionnelle, échographie (sauf obstétricale), doppler, mammographie souhaitée mais non obligatoire. Pas de garde. Pas d'astreinte.

> Contact : philippe.dalifard@orange.fr

10909 13 CHERCHE REMPLAÇANT(E)

Tarascon - Cherche remplaçant(e) 1 jour par semaine (jeudi) radiologie conventionnelle, mammographie, échographie à partir du mois d'avril 2020

> Contact : Dr Florence PALEIRAC :

06 89 74 98 72 -

Email : florence.paleirac@wanadoo.fr

Nécrologie

DOCTEUR FLORENCE AUNE

Nous venons d'apprendre le décès brutal le 20 février 2020 du Docteur **Florence AUNE**, médecin radiologue à Royan.

Le Dr AUNE était Vice-Présidente du syndicat de Charente-Maritime et membre du bureau de l'union régionale de Nouvelle Aquitaine.

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

DOCTEUR PIERRE VAUZANGES

Nous venons d'apprendre le décès le 10 février 2020 du Docteur **Pierre VAUZANGES**, à l'âge de 95 ans.

Il était médecin radiologue à Romilly sur Seine (10).

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

Élections bureaux

HERAULT

Le Syndicat départemental de l'Hérault a procédé au renouvellement de son Bureau le 20 février 2020 :

Président :

Secrétaire général :

Secrétaire adjoint :

Vice-Présidente :

Trésorier :

Membre :

Dr Jérôme BENIS (Clermont l'Hérault)

Dr François KLEIN (Montpellier)

Dr Patrick SOUTEYRAND (Montpellier)

Dr Sophie MENJOT de CHAMPFLEUR (Castelnau le Lez)

Dr Patrick BERET (Béziers)

Dr Thierry BLANC (Montpellier)



Dr Nor-Eddine REGNARD

Intelligence artificielle pour le radiologue

Avec la participation de :

Stéphanie Allassonnière, Professeur de mathématiques appliquées
Nessrine Benyahia et David Gruson, Docteurs en Droit de la Santé

FRACT



FORMATION DPC À DISTANCE

1. Connaître les notions fondamentales de l'intelligence artificielle
2. Connaître les principaux cas d'usage actuel de l'IA en radiologie
3. Apprendre à avoir un regard critique sur les applications d'IA en radiologie
4. Couvrir mise en œuvre pratique et aspects techniques
5. Traiter des aspects légaux et réglementaires

Tarif radiologue libéral : 40€ | 20€ pour l'adhérent 

Tarif radiologue salarié des hôpitaux : nous consulter