

Le Médecin Radiologue de France

Décembre 2020

439

la lettre de la



Revenus
des radiologues
Scanner et Covid



/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org

Calendrier des élections URPS



Le calendrier des élections
aux Unions Régionales des Professionnels de Santé
est maintenant connu.

Le tableau ci-dessous indique les principales dates d'ici au 31 mars, jour de l'ouverture du vote.

J-90	DÉCEMBRE 2020 JEUDI 31	Clôture des listes d'électeurs Début dépôt listes de candidats
J-84	JANVIER 2021 MERCREDI 6	Date limite de réclamation sur listes d'électeurs devant CNVE ⁽¹⁾
J-70	JANVIER 2021 MERCREDI 20	Date limite dépôt des listes de candidats
	FIN JANVIER / DÉBUT FÉVRIER	Élections blanches
	FIN JANVIER / DÉBUT FÉVRIER	Élections blanches
J-60	JANVIER 2021 SAMEDI 30	Date limite de publication des listes de candidats
J	MARS 2021 MERCREDI 30	Ouverture du vote (12h)
J+7	AVRIL 2021 MERCREDI 7	Clôture du vote (12h) et résultats
J+8	AVRIL 2021 JEUDI 8	Proclamation des résultats (au plus tard)
J+60	MAI 2021 LUNDI 31	Date de fin des mandats en cours

(1) Commission nationale de vote électronique

Retour vers le passé...



Dr Jean-Philippe Masson,
Président de la FNMR

Lors de la signature du protocole entre la CNAM et la FNMR, en avril 2018, Agnès Buzyn, alors ministre de la santé, **avait confirmé l'abrogation de l'article 99 lors du PLFSS 2021.** Cet article

donne les pleins pouvoirs au directeur général de la CNAM pour baisser de façon arbitraire et unilatérale les forfaits techniques des scanners et IRM en dehors de toute procédure conventionnelle.

Lors de la présentation du PLFSS 2021 à l'Assemblée nationale, **le gouvernement a « oublié » d'inclure un article abrogeant l'article 99.**

Les sénateurs ont voté, le 17 novembre, l'amendement de la FNMR abrogeant l'article 99, contre l'avis du gouvernement travestissant les résultats du protocole.

La réunion, tenue le 18 novembre, entre la FNMR

et le nouveau directeur de la CNAM, M. Thomas Fatome **a montré un refus catégorique de prendre en compte les économies forcées** réalisées lors du premier confinement considérant ainsi que les termes du protocole n'avaient pas été respectés.

Cette attitude traduit un véritable retour en arrière des relations entre la FNMR et la caisse.

La relative confiance qui s'était instaurée vient de voler en éclats : **la maîtrise comptable pure, dure et stupide est de retour !**

La confiance avec l'État est une autre victime du coronavirus.

Comment peut-on envisager alors de poursuivre des actions sur la pertinence des actes, la participation aux travaux sur le DMP ?

Alors même que M. Macron parlait il y a seulement six mois des « héros en blouses blanche », **ce sont eux qui sont, une fois de plus, les boucs émissaires de la technocratie de l'État.**

SOMMAIRE – DÉCEMBRE 2020 # 439

ÉCONOMIE

Le BNC 2018 des radiologues **P. 4**

SYSTÈME DE SANTÉ

Le PIMM : progrès ou menace ? **P. 8**

PLFSS 2021

Le Sénat abroge l'article 99 **P. 10**

PRODUITS DE CONTRASTE

Covid-19 et produits de contraste **P. 12**

SÉNOLOGIE

Les ACR3 dans la classe d'âge du dépistage organisé . **P. 13**

JURIDIQUE

La collaboration libérale entre médecins.
Plus d'inconvénients que d'avantages ? **P. 16**

Le risque médical en radiologie **P. 18**

HOMMAGES **P. 19**

PETITES ANNONCES **P. 19**

Annonceurs : VIDÉO p. 5, LABELIX p. 9, DEDALUS p. 15, 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 : Cécile Milhau • Crédits photos : Istock.com •

IMPRIMERIE DECOMBAT : 5 bis rue Gustave Eiffel 15000 AURILLAC • Dépôt légal 4^e trimestre 2020 • ISSN 1631-1914

Le BNC 2018 des radiologues au 10^e rang des spécialistes

Selon la CARMEF, le revenu moyen des médecins libéraux s'établit à 92 807 € pour 2018. Celui des généralistes est de 75 523 € et celui des spécialistes de 115 852 €. Le revenu moyen des radiologues est de 124 142 €, en recul par rapport à 2017.



Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR

Le Bénéfice Non Commercial moyen des 103 401 médecins libéraux est de 92 807 € pour l'année 2018 en hausse de 0,65%. L'écart entre les revenus des médecins de secteur 1 (85 339 €) et ceux du secteur 2 (119 306 €) s'est creusé. Le revenu moyen du secteur 1 a baissé de -1,04% alors que celui du secteur 2 a progressé de 5,42%. Les médecins de secteur 2 perçoivent 40% de revenus de plus que ceux du secteur 1. Le taux était de 31% en 2017.

Médecins généralistes

Le BNC moyen des généralistes est de 75 523 € en baisse de -2,42%. Pour les généralistes de secteur 1, le BNC moyen est de 75 818 € et en secteur 2 de 70 267 €, soit un écart de 7% contre 13% en 2017. C'est le résultat d'un recul de -2,64% pour le secteur 1 et d'une progression de 0,76% pour le secteur 2.

Médecins spécialistes

Le BNC moyen des spécialistes est de 115 852 € en progression de 3,84%. Le BNC en secteur 1 a progressé de 2,38% pour se fixer à 106 889 €. Il augmente de 5,17% en secteur 2 pour s'établir à 127 159 €. L'écart est de 19% (contre 17% en 2017) entre les deux secteurs. Par rapport à 2017, la progression du secteur 1 reste dans le même ordre de grandeur (2,86% en 2017) mais celle du secteur 2 est plus nette (0,79% en 2017).

La hiérarchie des BNC des spécialistes connaît une relative stabilité. Ainsi, les six premières spécialités restent dans les six premiers rangs avec une permutation entre la chirurgie et la néphrologie. En revanche, la radiologie qui était en septième position passe en 10^e.

Trois des cinq spécialités ayant bénéficié des plus fortes hausses en 2017 ne sont plus dans ce groupe pour 2018 : médecine biologique, médecine nucléaire, anatomie cytologie pathologiques. Elles sont remplacées par la gynécologie médicale et obstétrique (12,3% de hausse), la gériatrie (12%), la neurologie (10%).

Inversement, les spécialités qui ont enregistré les plus fortes baisses en 2017 [Gastro entérologie hépatologie (-3%), anesthésie réanimation (-1%), stomatologie

suite page 6

Les 5 plus fortes hausses en 2018 Secteurs 1 et 2 – En %

Hématologie	17,09%
Gynécologie médicale et obstétrique	12,30%
Gériatrie	11,90%
Cancérologie	10,10%
Neurologie	9,97%

Les 5 plus fortes baisses en 2018 Secteurs 1 et 2 – En %

Médecine biologique	-10,59%
Rhumatologie	-4,82%
Allergologie	-3,87%
Radiologie imagerie médicale	-3,53%
Médecine générale	-2,42%

vidi: Voir, Comprendre, Soigner

Voir, c'est l'essence même du métier de radiologue, en utilisant les appareils les plus performants.

Comprendre, c'est la compétence du radiologue, sa capacité d'analyse et de synthèse qui permettent de faire le diagnostic. Le développement des outils d'intelligence augmentée vient maintenant renforcer la performance.

Soigner, c'est l'objectif premier, le développement de la radiologie interventionnelle renforce le volet thérapeutique de la spécialité.

Pour assumer cette triple mission, nous sommes face à un **triple défi** : démographique, technologique et financier.

Démographique : La baisse du nombre de naissances continue de produire ses effets jusqu'en 2022 avec un solde en 2030 qui reste négatif, -9,8% par rapport à 2006 (sources fichier CNOM pour 2006 traitement DREES). Parallèlement à cette baisse démographique, la demande de soins augmente en raison du vieillissement de la population et son corollaire, l'augmentation des maladies chroniques.

Technologique : les appareils sont de plus en plus performants, mais aussi coûteux, la gestion des données nécessite de créer de nouveaux métiers qu'il faut pouvoir financer.

Financier : dans un contexte de transition générationnelle, la tentation de transmettre au plus offrant plutôt qu'à la génération suivante est une réalité.

C'est dans ce contexte et face à ce triple défi que 14 centres de radiologie libéraux ont créé en 2017 la CGIM devenue Vidi.

Aujourd'hui, c'est un pari réussi puisque le réseau Vidi compte déjà 48 centres d'imagerie, soit **270 cabinets partout en France** au sein desquels exercent **880 radiologues associés et 3 600 salariés.**

Alain Guillemot, vous êtes radiologue dans le centre PRIM à Reims et Président de Vidi, expliquez-nous comment fonctionne Vidi ?

Vidi est une SAS à capital variable, dont le fonctionnement est celui d'une coopérative. Chaque centre associé verse une cotisation annuelle qui est **amortie grâce aux économies réalisées** lors des achats de matériel et autre aux prix négociés par Vidi.



Et concrètement quels services Vidi propose-t-il à ses membres ?

Le premier service que nous avons mis en place, un **service de mutualisation des achats**, était sans doute le plus facile. Il a permis rapidement de rapprocher les membres du réseau. Aujourd'hui, grâce à notre place de **1er acheteur privé en France (40 CT / IRM par an)**, nos membres accèdent à un large catalogue de produits et services performants au meilleur prix.

“ Une cotisation annuelle qui est amortie grâce aux économies réalisées lors des achats de matériel et autre aux prix négociés par Vidi. ”

Le deuxième service que nous avons mis en place est un **service de communication** pour aider nos centres à se digitaliser, à communiquer et à être attractifs.

Au-delà, nous avons créé un **Club Interventionnel** pour promouvoir et encourager la pratique. Nous disposons d'un service de CE externalisé, **VidiLoisirs**. Nous avons également une **commission dédiée à la RSE**, une autre au **recrutement** afin de promouvoir les postes de radiologues et de non radiologues à pourvoir au sein du réseau.

Enfin, nous venons de lancer **notre solution de téléradiologie TéléVidi**. Elle s'adresse autant aux cabinets libéraux qu'aux établissements de soins. C'est le centre TéléVidi de la région du centre demandeur qui propose un projet organisationnel associant téléradiologie et présentiel. C'est le modèle auquel nous croyons afin de préserver l'approche médicale de ces projets et non de les réduire à de la simple prestation de services. C'est la spécificité du réseau Vidi.

Quelles sont vos ambitions dans un futur proche ?

Notre réseau connaît depuis deux ans une **forte croissance**, il a vocation à s'étendre en associant de nouveaux groupes qui partagent nos valeurs et nos objectifs afin d'être encore mieux à même de relever le triple défi auquel la profession doit faire face.



Nous sommes très confiants en l'avenir, notre **modèle participatif** contrairement aux modèles financiers correspond aux attentes des radiologues qui y trouvent un **intérêt intellectuel** avec la mutualisation des intelligences, **organisationnel** mais aussi **financier**, ce qui dans la conjoncture actuelle est un facteur déterminant.

Si un centre souhaite nous rejoindre, il lui suffit de prendre contact avec nous : contact@groupe-vidi.fr ou 01 47 64 86 52.

vidi

Contactez-nous :

contact@groupe-vidi.fr
01 47 64 86 52
groupe-vidi.fr

(-0,6%)] sont remplacées par la médecine biologique (-10,6%), l'allergologie (-3,9%), la radiologie (-3,5%). La rhumatologie enregistre une nouvelle baisse de 5%.

Médecins radiologues

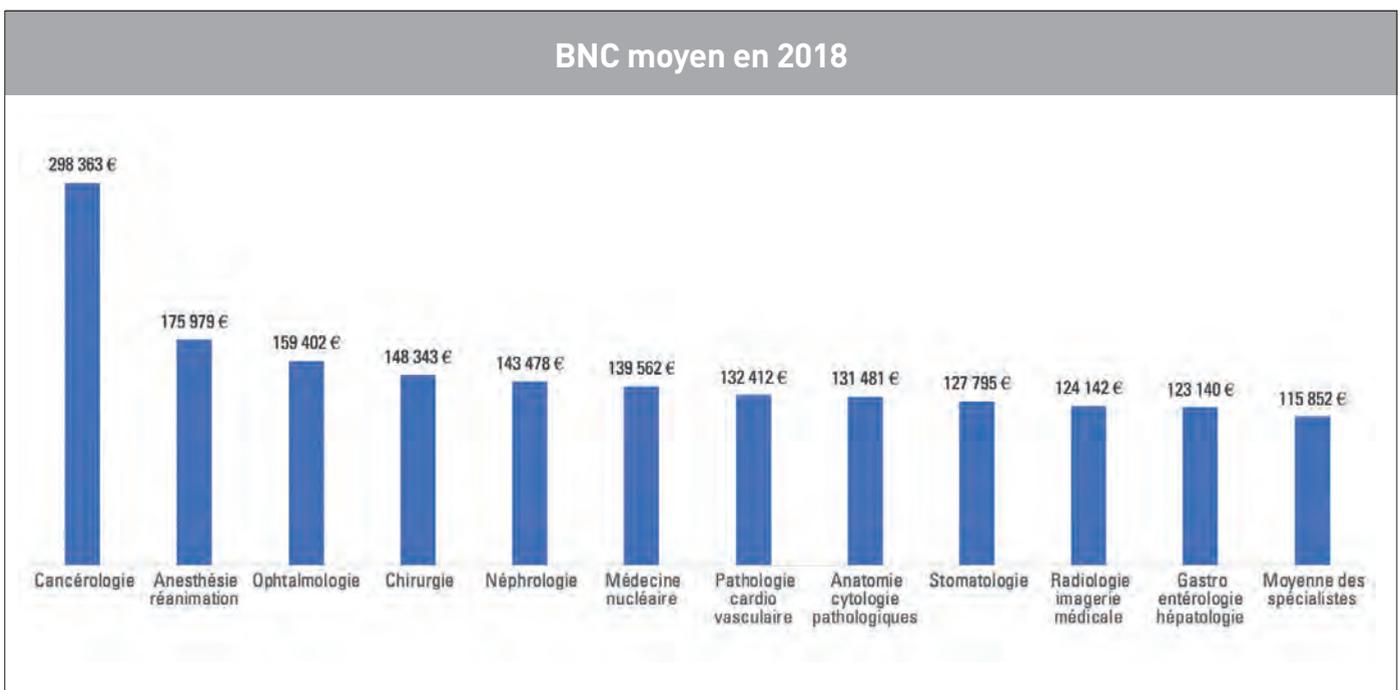
L'effectif des radiologues subit une baisse des effectifs de près de 4% pour s'établir à 3 829.

Le secteur 1 est passé de 3 402 radiologues en 2017 à 3 193 en 2018, soit une diminution de -6%, celui du secteur 2 a augmenté de 580 en 2017 à 636 en 2018, soit une hausse de 10%.

Le revenu moyen baisse de 128 468€ à 124 142€ soit -3,53%. Les deux secteurs sont touchés par la baisse de -3,86% en secteur 1 et -2,1% en secteur 2. L'écart entre les deux secteurs est de 6%, il était de 9% en 2017.



Les 5 BNC les plus élevés en 2018 Secteurs 1 et 2	
Cancérologie	298 363 €
Anesthésie réanimation	175 979 €
Ophthalmologie	159 402 €
Chirurgie	148 343 €
Néphrologie	143 478 €
Médecine nucléaire	139 562 €



BNC 2018	Secteur 1		Secteur 2		Total secteurs 1 et 2		Évolution BNC 2018/2017		
	Nombre	BNC Moyen	Nombre	BNC Moyen	Nombre	BNC Moyen	Secteur 1	Secteur 2	Secteurs 1 et 2
Ensemble des déclarations des médecins libéraux (1)	80 667	85 339	22 734	119 306	103 401	92 807	-1,04%	5,42%	0,65%
Médecine générale	55 948	75 818	3 138	70 267	59 086	75 523	-2,64%	0,76%	-2,42%
Moyenne des spécialistes	24 719	106 889	19 596	127 159	44 315	115 852	2,38%	5,17%	3,84%
Allergologie	69	61 463	34	55 836	103	59 606	-10,84%	-2,03%	-3,87%
Anatomie cytologie pathologiques	257	132 027	60	129 143	317	131 481	7,64%	12,35%	8,36%
Anesthésie réanimation	1 392	155 715	1 320	197 350	2 712	175 979	1,17%	8,83%	5,42%
Cancérologie	355	314 924	75	219 978	430	298 363	12,49%	-1,37%	10,10%
Chirurgie	1 082	109 997	4 130	158 389	5 212	148 343	9,66%	5,96%	6,61%
Dermato vénérologie	1 570	79 103	1 054	92 745	2 624	84 582	4,41%	4,13%	4,40%
Endocrinologie et métabolisme	289	52 819	450	58 445	739	56 245	6,95%	3,90%	4,94%
Gastro entérologie hépatologie	991	116 353	682	133 001	1 673	123 140	3,41%	8,90%	5,84%
Génétique médicale	[*]								
Gériatrie	50	63 222	20	56 191	70	61 213	17,22%	-0,95%	11,90%
Gynécologie médicale	493	56 657	339	67 826	832	61 208	5,10%	4,12%	4,98%
Gynécologie médicale et obstétrique	80	66 901	107	98 216	187	84 819	12,48%	12,12%	12,30%
Gynécologie obstétrique	925	80 761	1 965	112 619	2 890	102 422	2,47%	5,18%	4,64%
Hématologie	22	90 534	11	91 777	33	90 949	30,66%	-3,61%	17,09%
Médecine biologique	308	72 957	[*]			72 690	-10,69%		-10,59%
Médecine interne	81	73 088	127	82 158	208	78 626	4,49%	9,23%	7,50%
Médecine nucléaire	278	139 297	21	143 063	299	139 562	2,90%	0,60%	2,76%
Médecine physique et de réadaptation	197	68 459	130	88 140	327	76 283	-2,18%	1,71%	-0,54%
Médecine vasculaire	50	114 079	16	89 957	66	108 231	-17,57%		
Néphrologie	357	147 716	19	63 859	376	143 478	1,84%	-15,06%	1,22%
Neurologie	525	104 112	283	118 687	808	109 217	6,82%	15,40%	9,97%
Ophthalmologie	1 680	125 629	2 022	187 462	3 702	159 402	2,26%	4,04%	3,56%
Oto-rhino laryngologie	665	99 980	1 107	113 384	1 772	108 354	3,67%	7,36%	6,13%
Pathologie cardio vasculaire	3 085	132 474	898	132 199	3 983	132 412	4,32%	9,09%	5,31%
Pédiatrie	1 544	65 191	1 001	77 757	2 545	70 134	0,99%	4,95%	2,91%
Pneumologie	803	106 461	201	89 126	1 004	102 990	3,16%	7,52%	3,65%
Psychiatrie	3 386	71 434	2 036	70 027	5 422	70 906	3,19%	2,98%	3,10%
Radiologie imagerie médicale	3 193	123 003	636	129 859	3 829	124 142	-3,86%	-2,10%	-3,53%
Rhumatologie	713	78 524	717	77 670	1 430	78 096	-5,32%	-4,24%	-4,82%
Santé publique et médecine sociale	[*]								
Stomatologie	255	120 856	127	141 727	382	127 795	0,52%		-1,43%
Spécialités non précisées	12	38 331			12	38 331	-35,10%		-35,10%

Statistique réalisée à partir des déclarations enregistrées au 01/07/2020

(1) y compris les médecins en cumul retraite-activité (*) Chiffres non significatifs



Le PIMM : progrès ou menace ?

En Lorraine, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est et le CHU de Nancy se lancent dans un Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (PIMM) comme prévu par **la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation du système de santé (art.113) (art.L.6122-15 du code de la santé publique).



Dr Frédéric LEFÈVRE

Un rapide rappel de l'organisation de l'imagerie médicale au sein du Groupement Hospitalier de Territoire 7 (GHT) dont le CHU de Nancy est l'établissement pivot. Ce GHT est constitué par le CHU et trois autres établissements publics de faible chiffre d'affaires au regard de celui du CHU. Les Équipements

Médicaux Lourds (EML) de ce GHT se répartissent en : CHU 21 EML (CT, MR, Pet, Spec) dont 5 en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), les autres établissements de santé (ES) 7 EML (CT MR) tous en GCS ou Groupement d'Intérêt Économique (GIE). Les médecins libéraux participent au fonctionnement de 10 EML sur le GHT, depuis 15 ans pour les plus anciens. Actuellement, il n'y a pas de pénurie de radiologues dans ce GHT. Cependant, au-delà du périmètre du GHT7, les difficultés sont réelles.

Le PIMM qui est actuellement en cours d'élaboration n'a fait l'objet que d'une seule discussion informelle entre le CHU et les libéraux fin 2018, puis plus rien. En cette fin d'année 2020, les événements s'accroissent après deux ans d'élaboration d'un projet purement administratif entre la direction générale du CHU et le cabinet d'expertise juridique Oudart. Il n'a jamais été fait de place aux radiologues aussi bien publics que libéraux. Le CHU a remis à l'ARS son dossier fin août et l'ARS vient d'entériner la création de ce PIMM.

Ce projet est organisé en deux phases. La première consiste à regrouper 6 autorisations d'EML actuellement détenues par des GCS coexploités à 50% par les médecins libéraux dans un super GCS (un GCS de GCS) qui constitue la base du PIMM. Il est adjoint deux associations loi 1901 pour regrouper les radiologues dans une, les ES participants dans une

autre. Les activités des EML des hôpitaux périphériques seront majoritairement réalisées en téléradiologie depuis le CHU. La Permanence Des Soins (PDS) sera mutualisée entre les acteurs du PIMM. Les médecins seront payés à l'activité. Pour le moment, le modèle économique du GCS-PIMM apparaît très fragile au regard des éléments qui ont filtré. La deuxième phase est une généralisation du GCS-PIMM à toute l'activité d'imagerie des ES du GHT7, y compris le CHU. Tous les médecins radiologues (publics et libéraux) seront invités à y participer.

Sur le fond, le CHU de Nancy, établissement support de son GHT, a pris l'initiative d'un PIMM sans s'appuyer sur un projet médical porté par les médecins exerçants dans les différentes structures qui pourraient le composer. L'ARS a validé cette démarche directement avec la direction du CHU sans se préoccuper de l'absence de projet

médical. Ce PIMM va transformer l'activité d'imagerie au sein des ES publics et en particulier du CHU. En effet en phase 2, toutes les activités liées à des EML y seront pratiquées, ce qui instaurera une disparité de traitement entre les PH, PU-PH, Praticiens cliniciens en

fonction de leur activité dans le PIMM et de leur spécialité (ostéoarticulaire / pédiatrie, patients externes / patients hospitalisés ...). Nous n'avons aucun élément d'évaluation des coûts notamment pour les ES périphériques.

Sur la forme, le CHU a pris la main sur ce dossier sans aucune volonté de partage ou de concertation, et a reçu le soutien de l'ARS. Il n'y a pas la place pour les médecins publics ou libéraux. Ce projet à visée purement institutionnelle ne répond en aucune manière à un besoin des territoires, puisque les GCS actuels assurent, en grande partie grâce aux médecins libéraux, un service au contact des patients ainsi que la PDS. Nous sommes bien devant

« Ce projet à visée purement institutionnelle ne répond en aucune manière à un besoin des territoires »



une étatisation de la médecine et de l'offre de soins, ou comment détourner un texte de loi à son seul profit, au mépris des coopérations public-privé existantes, et qui remplissent pleinement leur rôle.

**« Il faut être vigilant
et utiliser tous les leviers dont nous
disposons pour défendre une imagerie
médicale au service des patients »**

Comment pouvons-nous réagir ? Il est toujours préférable de participer aux échanges puisque nous venons d'être invités à participer à la mise en œuvre du PIMM

(maintenant qu'il existe). Nous avons peut-être une possibilité de mettre à disposition notre expérience de quinze ans de gestion d'EML avec des ES public mais la confiance acquise s'est transformée en méfiance. Les marges de manœuvres se sont beaucoup réduites. C'est un défi de remettre sur rail, avec toutes les forces radiologiques publiques et libérales, un projet aussi fragile.

D'autres établissements publics vont se lancer dans ce type de projet, déjà en région deux autres sont en réflexion. Il faut être vigilant et utiliser tous les leviers dont nous disposons pour défendre une imagerie médicale au service des patients, à leur contact (pas en téléradiologie), avec mise en œuvre de toutes les techniques (pas seulement l'imagerie en coupe).

Publi-rédactionnel

LES AVANTAGES D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Une démarche qualité, tout le monde sait ce que c'est ou en a entendu parler.

Bien souvent, on n'entend que les points négatifs : ça prend du temps, le coût est non-négligeable, c'est difficile à mettre en œuvre !

Mais parle-t-on de ses avantages ?

La démarche qualité, lorsqu'elle est conçue et mise en œuvre de façon pragmatique et réfléchie **permet** :

- de mieux s'organiser pour faciliter le quotidien,
- d'améliorer le fonctionnement, les savoir-faire,
- d'évaluer et progresser sans cesse,
- d'orienter la stratégie en fonction des attentes des clients et des partenaires,
- d'anticiper les changements à venir sans impact majeur sur l'activité,
- de renforcer la relation de confiance
- de fidéliser sa clientèle/patientèle et attirer de nouveaux clients/patients.

Forts de ces enjeux, comment s'y prendre ?

Plusieurs référentiels existent et permettent d'atteindre ces objectifs.

Pour autant, il faut en **traduire les exigences et les adapter à chaque entreprise, ce que réalise le référentiel Labelix** en cohérence avec la norme ISO 9001 pour l'aspect management de la qualité notamment.

Le référentiel Labelix a été conçu par des radiologues, pour des radiologues.

Les exigences sont déjà décodées ; elles ont intégré les exigences réglementaires et des tutelles ; les points de sécurité, de radioprotection, etc.

Les centres de radiologie peuvent utiliser les moyens adaptés à leur structure pour satisfaire les exigences en fonction du type d'activité.

En somme, il n'y a plus qu'à...

Jocelyne VIDAL - AUXITIS

**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



CONTACTEZ-NOUS

LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

Tél. 01 82 83 10 21 • Fax : 01 45 51 83 15 • info@labelix.org

Le Sénat abroge l'article 99

Ce mardi 17 novembre, le Sénat examinait, en première lecture, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2021¹.

Lors de la discussion précédant le vote, trois sénateurs avaient déposé, chacun, un amendement identique visant à supprimer l'article 99 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2017.



Rappelons que cet article 99 sortait la fixation des tarifs des forfaits techniques de scanner, IRM et TEP du cadre conventionnel pour donner au directeur général de l'Assurance maladie le pouvoir d'en décider seul. Le directeur général avait d'ailleurs utilisé ce nouveau pouvoir, dès 2018, pour fixer des baisses de tarifs de 40,7M€ pour la seule année 2019. Ces baisses n'ont pas eu lieu dans la mesure où un accord a été signé entre les FNMR et la CNAM. Durant la discussion sur le PLFSS 2021, la sénatrice



Corinne Imbert, rapporteur de la commission des affaires sociales, rappelait que le Sénat s'était opposé en 2017 à l'article 99 au motif qu'il dérogeait au principe conventionnel. Elle s'est donc déclarée favorable à l'adoption des trois amendements.

Madame Brigitte Bourguignon, ministre

déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a justifié l'opposition du Gouvernement en prétendant que les tarifs de l'imagerie permettaient de fortes rentes représentant des coûts de plusieurs dizaines, voire centaines de millions d'euros pour l'Assurance maladie obligatoire. Le Gouvernement ne sait pas si c'est plusieurs dizaines ou plusieurs centaines de millions d'euros !!! Il s'agit plus vraisemblablement pour lui d'avancer n'importe quels chiffres pour impressionner les parlementaires.

La commission des affaires sociales ne s'est pas laissée impressionner par les chiffres en trompe-l'œil avancés

1. Voir la présentation du PLFSS 2021 dans le numéro 438 de la Revue de novembre du Médecin Radiologue de France.

par le Gouvernement en adoptant les amendements. Le Sénat ne s'est pas laissé, lui non plus, impressionner, en conservant cet amendement lors de son vote du 17 novembre sur l'ensemble du texte.

L'étape suivante était la Commission Paritaire Mixte (CMP), réunissant 7 sénateurs et 7 députés en cas de désaccord entre les deux assemblées. Elle s'est réunie le 18 novembre mais n'a pu que constater les divergences. Il appartient maintenant à l'Assemblée nationale de se prononcer définitivement sur le PLFSS 2021.

La FNMR appelle les députés à conserver l'amendement de suppression de l'article 99 afin de respecter les engagements pris par l'État lors de la signature du protocole imagerie 2018-2020.

Les amendements des sénateurs pour la suppression de l'article 99

Pour les sénateurs Florence Lassarade et Alain Milon

Le premier article crée une commission des équipements matériels lourds (scanner, IRM, TEP-scan) auprès du l'UNCAM. Il fixe également sa composition.

Le second article fixe la procédure de fixation des tarifs et de la classification des équipements matériels lourds, la nature de l'avis, non conforme, de la commission. Il précise que le Directeur Général de l'UNCAM transmet cet avis aux syndicats médicaux représentatifs ainsi qu'au ministre de la santé. Faute d'accord avec les syndicats représentatifs, le Directeur Général fixe unilatéralement les tarifs et la classification des équipements lourds.

Ces deux articles rompent avec les principes de la négociation conventionnelle et les procédures de fixation des tarifs qui en découlent. Sous couvert d'une concertation – entre le Directeur Général de l'UNCAM, les professionnels

et les établissements opérant un scanner, une IRM ou un TEP-scan, ainsi qu'avec les syndicats conventionnels – l'article donne un pouvoir unilatéral au Directeur Général de l'UNCAM pour fixer les tarifs et les classifications des équipements lourds. Ce faisant, il réduit le champ de compétence de la convention médicale.

Leur suppression permettra de réintégrer la détermination des tarifs et la classification des scanners, d'IRM et des TEP-scans dans la procédure conventionnelle régulière.

Pour le sénateur Bernard Bonne

Ces deux articles rompent avec les principes de la négoc-

iation conventionnelle et les procédures de fixation des tarifs qui en découlent. Sous couvert d'une concertation – entre le Directeur Général de l'UNCAM, les professionnels et les établissements opérant un scanner, une IRM ou un TEP-scan, ainsi qu'avec les syndicats conventionnels – l'article donne un pouvoir unilatéral au Directeur Général de l'UNCAM pour fixer les tarifs et les classifications des équipements lourds. Ce faisant, il réduit le champ de compétence de la convention médicale.

Leur suppression permettra de réintégrer la détermination des tarifs et la classification des scanners, d'IRM et des TEP-scans dans la procédure conventionnelle régulière.

Aperçu de l'amendement

04/11/2020 10:07



Direction de la
séance

Projet de loi
Financement de la sécurité sociale pour 2021
(1ère lecture)
(n° 101 , 106)

N° 41
2 novembre 2020

En attente de recevabilité financière

AMENDEMENT

présenté par

M. MILON

C	
G	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS ARTICLE 33

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Objet

Le premier article créé une commission des équipements matériels lourds (scanner, IRM, TEP-scan) auprès du l'UNCAM. Il fixe également sa composition.

Le second article fixe la procédure de fixation des tarifs et de la classification des équipements matériels lourds, la nature de l'avis, non conforme, de la commission. Il précise que le Directeur Général de l'UNCAM transmet cet avis aux syndicats médicaux représentatifs ainsi qu'au ministre de la santé. Faute d'accord avec les syndicats représentatifs, le Directeur Général fixe unilatéralement les tarifs et la classification des équipements lourds.

Ces deux articles rompent avec les principes de la négociation conventionnelle et les procédures de fixation des tarifs qui en découlent. Sous couvert d'une concertation – entre le Directeur Général de l'UNCAM, les professionnels et les établissements opérant un scanner, une IRM ou un TEP-scan, ainsi qu'avec les syndicats conventionnels - l'article donne un pouvoir unilatéral au Directeur Général de l'UNCAM pour fixer les tarifs et les classifications des équipements lourds. Ce faisant, il réduit le champ de compétence de la convention médicale.

Leur suppression permettra de réintégrer la détermination des tarifs et la classification des scanners, d'IRM et des TEP-scans dans la procédure conventionnelle régulière.

http://www.senat.fr/amendements/2020-2021/101/Amdt_41.html

Page 1 sur 1



Covid-19 et produits de contraste

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ont constitué un Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) EPI-PHARE, structure publique d'expertise en pharmaco-épidémiologie et en épidémiologie des dispositifs médicaux.



EPI-PHARE a publié en octobre une étude¹ *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020*² dont le principal enseignement est sans surprise. Durant la période de confinement, la délivrance et l'utilisation de produits qui nécessitent une administration par un professionnel de santé ont enregistré une très forte diminution. Autre conclusion, à la date de l'étude en octobre 2020, l'effondrement de la consommation n'avait pas été compensée.

Plusieurs baisses de consommation de produits sont recensées :

- Vaccin penta/hexavalents pour nourrissons : -40 000 doses
- Vaccin anti-HPV : -150 000 doses
- Vaccin ROR [Rougeole-Oreillons-Rubéole] : -130 000 doses
- Vaccin antitétanique : -620 000 doses
- Injections intraoculaires d'anti-VEGF dans la dégénérescence

maculaire liée à l'âge (DMLA) : -75 000 doses

- Œdème maculaire diabétiques : -4 000 instaurations
- Dispositifs intra-utérins (stérilets) avec progestatifs : -14 000
- Préparations pour coloscopie : -250 000
- **Produits iodés pour scanner : -500 000**
- **Produits de contraste pour IRM : -280 000**

Les auteurs estiment que la chute (voir tableau 1), non rattrapable, de ces trois derniers actes indispensables pour diagnostiquer certains cancers ou maladies graves en poussée, conduisent avec l'ensemble de la filière de cancérologie et de médecine de spécialité à des retards conséquents de prise en charge.

Les auteurs ont évalué l'écart entre le nombre de produits délivrés et le nombre de produits attendus sur la période du confinement, celle du post-confinement et le cumul des deux. Pour les produits iodés, le déficit est de 505 064 doses et de 277 485 pour les produits de contraste en IRM soit autant d'exams scanner et d'IRM qui n'ont pas été réalisés (voir tableau 2).

1. Menée à partir des données du SNDS (Système National des Données de Santé).

2. Dr Alain Weill, Jérôme Drouin, David Desplas, Dr François Cuenot, Dr Rosemary Dray-Spira, Pr Mahmoud Zureik. EPI-PHARE – Oct. 2020.

Tableau 1. Consommations médicamenteuses des médicaments pour les actes diagnostiques médicaux durant les semaines 10 à 37 [du 2 mars au 13 septembre] : écart relatif entre les nombres de délivrances observés et attendus. La période de confinement entre les semaines 12 et 19 est représentée en bleu. Source : rapport EPI-PHARE. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020.

Classe de médicament	S10-11 2-15 mars	S12-13 16-29 mars	S14-15 30 mars – 12 avril	S16-17 13-26 avril	S18-19 27 avril – 10 mai	S20-21 11-24 mai	S22-23 25-7 juin	S24-25 8-21 juin	S26-27 22 juin – 5 juillet	S28-29 6-19 juillet	S30-31 20 juil- 2 août	S32-33 3-16 août	S34-35 17-30 août	S36-37 31 août – 13 sept
Produits iodés pour scanner	-0,5%	-39,5%	-71,8%	-58,7%	-43,0%	-24,9%	-9,9%	+0,3%	+1,9%	-6,3%	+1,8%	-5,1%	-16,5%	-19,1%
Produits de contraste pour IRM	-1,5%	-39,5%	-72,3%	-60,5%	-46,8%	-30,5%	-17,7%	-6,9%	-4,1%	-8,7%	+4,2%	+1,7%	-8,6%	-9,2%

Tableau 2. Écart absolu entre le nombre de délivrances des médicaments utilisés pour les actes diagnostiques médicaux observé en 2020 et le nombre attendu en 2020, selon les périodes. Source : rapport EPI-PHARE. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020.

	Écart nombre délivrances (observés-attendus)		
	S12 à S19 (confinement)	S20 à S37 (post-confinement)	S12 à S37 (confinement et post-confinement)
Produits iodés pour scanner	374 170	130 895	505 065
Produits de contraste pour IRM	202 366	75 119	277 485



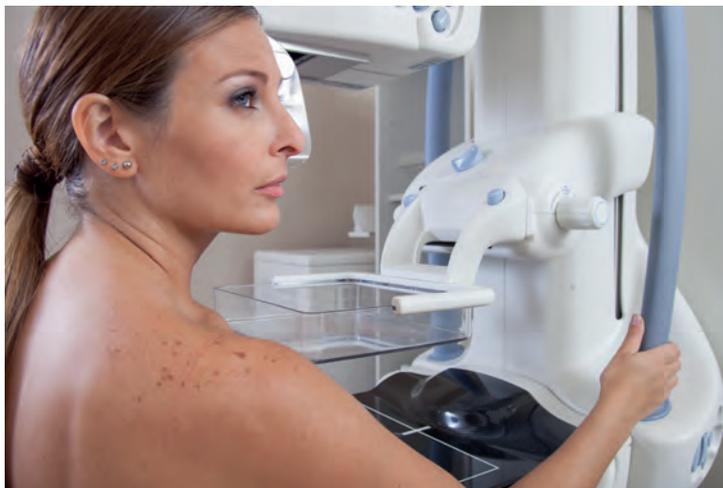
Les ACR3 dans la classe d'âge du dépistage organisé (50-74 ans)

L'équipe Sénolog s'est penchée sur l'utilisation de la codification ACR3 dans la tranche d'âge du dépistage organisé. Pour mémoire, la définition d'un ACR3, telle que rappelée par l'Institut National du Cancer, est la suivante : « *il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée* ». Depuis 2015, le pourcentage d'ACR3 dans la tranche 50-74 ans se maintient aux alentours de 2,9% des examens enregistrés dans Sénolog (max 3,0%, min 2,8%).

Pas d'impact de l'adressage, mais une plus grande part d'associations mammo-écho

Contrairement à une idée reçue, les gynécologues n'adressent pas en dépistage plus de patientes relevant d'un ACR3.

On sait en revanche que l'ACR3 est corrélé à un plus grand taux d'associations mammo-écho. Les associations scorées ACR3 représentent en effet 4,5% du total des associations. Il n'est cependant pas possible de conclure, à partir des données de Sénolog, si c'est l'ACR3 en mammographie qui génère un besoin **effectif** d'une échographie complémentaire ou s'il s'agit simplement d'une habitude de pratique. Rappelons sur ce dernier point que, dans Sénolog, 90,4% des échographies mammaires réalisées sont associées à des mammographies 1 et 2.



Plus d'ACR3 en proportion chez les femmes les plus jeunes

En partant d'une base de 37 056 actes scorés ACR3 (soit environ 3% du total), nous avons écarté tous les actes de suivi d'une pathologie, qu'elle soit tumorale ou non, pour ne conserver que les actes liés aux deux circonstances DI et DO. Cette règle nous fait écarter environ 50% des ACR3 scorés sur la tranche d'âge, ce qui ramène l'échantillon à environ 20 000 actes (19 519 examens QEQK001¹ ou 004 ou 005²).

On constate une décroissance assez forte de l'usage de l'ACR3 par sous-tranche d'âge. La sous-classe 50-54 ans concentre 32% des ACR3 alors que la sous-classe la plus âgée (70-74 ans) n'en concentre que 13%. Ceci n'est pas lié à des critères démographiques puisque la proportion de femmes dépistées dans chaque sous-classe d'âge demeure de son côté très stable entre 50 et 74 ans.

Rappel

Outre les données médicales (code acte, score ACR) et démographiques (âge et département d'origine), les actes sont scorés dans Sénolog selon plusieurs critères :

- La circonstance (DO, DI, suivi de cancer, autre suivi, symptôme clinique ou repérage)
- L'adressage (campagne, MG, gynécologue, oncologue, hôpital, autre, sans)
- L'existence et la date de la dernière mammographie (non documenté, pas de mammo antérieure, moins d'un an, 1 an, 2 ans, ...)
- La conduite à tenir (demande d'examens complémentaires, suivi rapproché, suivi à un an, ...)

Ces données, qui ne figurent ni dans les bases de l'assurance maladie ni dans celles de Santé Publique France, font de Sénolog, par leur croisement possible, une base unique en matière d'observation des pratiques.

1. Mammographie bilatérale
2. Mammographie de dépistage (QEQK004) ou mammographie unilatérale (QEQK005)
3. Sénolog compte en effet comme « antériorité à 3 ans » toute mammographie située dans l'intervalle « 2 ans + 1 jour à 3 ans pile »



Une ancienneté en trompe-l'œil de la dernière mammographie

Dans 71% des cas, ces femmes ont eu une mammographie à moins de 3 ans. Nous avons retenu le seuil de 3 ans compte tenu des règles de Sénolog³.

16% des femmes n'ont pas de mammographie antérieure. Ce chiffre ne semble pas aberrant quand on sait que le taux de couverture du dépistage (organisé ou individuel) se situe aux alentours de 60% et qu'une femme sur quatre ne passera pas de mammographie dans un intervalle de 2 ans.

Cependant, parmi ces femmes ne déclarant pas de mammographies antérieures, 51,7% sont dans la 1^{re} tranche d'âge du dépistage (entre 50 et 54 ans), ce qui peut sans doute expliquer qu'elles n'aient pas eu de mammographie avant.

Si on exclut ce sous-groupe pour se focaliser sur les femmes des 4 groupes suivants (entre 55 et 74 ans), le pourcentage de femmes ne déclarant aucune mammographie antérieure tombe à 12%.

De même, parmi les femmes qui déclarent une mammographie antérieure à plus de 3 ans, 40% ont entre 50 et 54 ans, ce qui sous-entend qu'elles ont eu plus jeunes une mammographie, avant d'entrer dans la tranche d'âge du dépistage organisé.

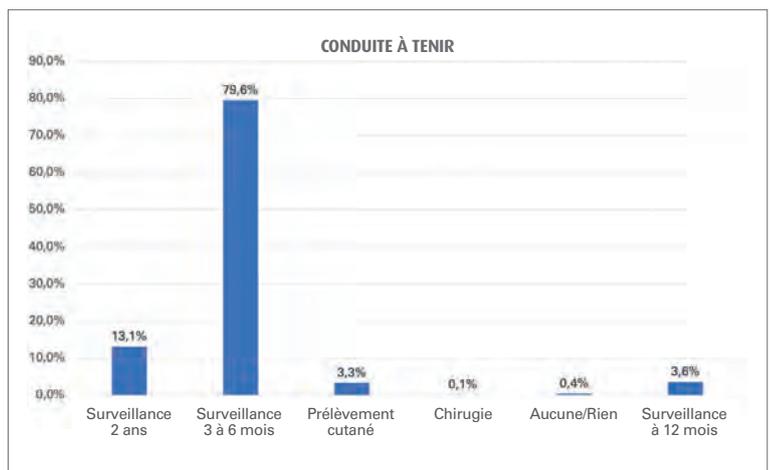
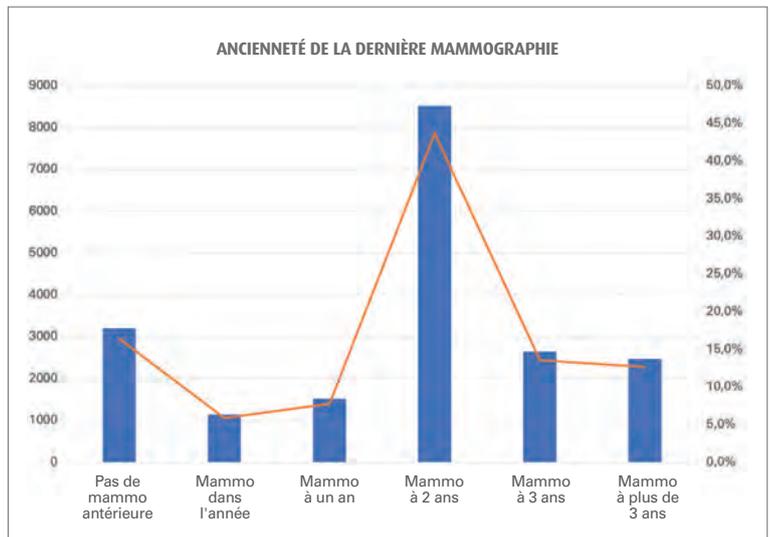
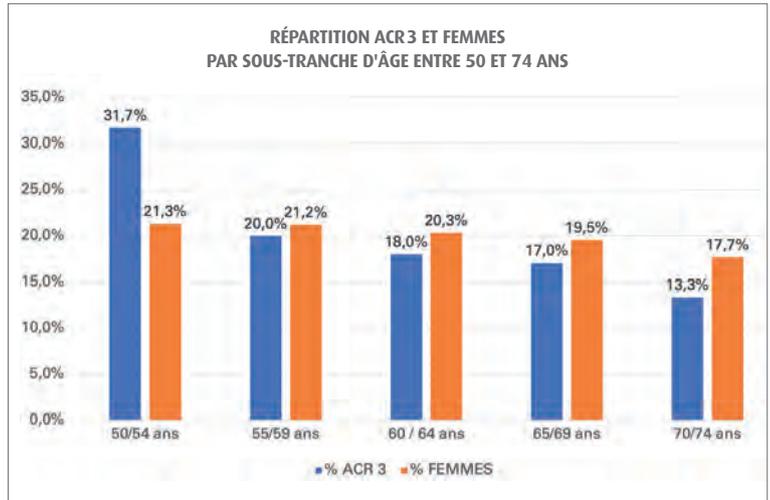
Un suivi conforme aux recommandations

Sans surprise, les femmes de 50 à 74 ans diagnostiquées ACR3 sont invitées à un suivi. Seuls 0,4% d'entre elles repartent sans recommandation de suivi par le radiologue, la recommandation de suivi pouvant être par ailleurs proposée par le médecin traitant ou le gynécologue.

99,6% des femmes se voient donc proposer un suivi, dont dans 80% des cas un suivi rapproché à 3 à 6 mois. Quasiment aucune ne se voit orientée vers une prise en charge thérapeutique chirurgicale (0,1%), ce qui semble cohérent avec la nature du diagnostic posé en ACR3.

Un faible pourcentage d'entre elles sont orientées vers un prélèvement.

En conclusion, l'analyse de l'activité des radiologues libéraux démontre une utilisation appropriée de l'ACR3 et n'appelle aucune action correctrice particulière.



SENOLOG



Dedalus
HEALTHCARE SYSTEMS GROUP

RIS DxImage

Flexibilité et performance au service
des radiologues



LA VIE PASSE PAR NOS SOLUTIONS

dedalus-france.fr

La collaboration libérale entre médecins ?

Plus d'inconvénients que d'avantages ?



DR

M^e Marie-Christine DELUC
Avocat associé
Cabinet Auber

L'intérêt de la collaboration libérale est qu'elle permet à un jeune médecin de ne pas s'installer immédiatement et donc de **tester son projet** et au médecin qui engage un jeune collaborateur, de se décharger d'un surcroît de travail et/ou de **préparer une association ou un départ**.

À la différence du remplacement, il faut être inscrit au tableau pour être collaborateur libéral, ce qui exclut les étudiants. Le médecin collaborateur peut d'ailleurs lui-même se faire remplacer. En outre, médecin collaborant et médecin collaborateur peuvent exercer en même temps alors que la conclusion d'un contrat de remplacement exclut l'activité du médecin remplacé pendant la durée du remplacement.

Comme tous les contrats, le contrat de collaboration devra être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre dans le mois qui suit sa conclusion (CSP art.L.4113-9).

Il est important, pour le médecin installé, d'étudier l'opportunité de la collaboration libérale en fonction de son projet de cabinet et de ses besoins spécifiques (par rapport au recours à la collaboration salariée ou au remplacement notamment) dans la mesure où ce mode d'exercice, s'il présente des avantages, n'est pas exempt d'inconvénients.

En effet, la collaboration libérale a pour but de permettre au collaborateur de développer progressivement une patientèle tout en soignant également celle du médecin installé avec lequel il est lié par le contrat de collaboration. C'est donc aussi pour lui une période qui permet de compléter sa formation par une expérience pratique, avant de décider de la manière dont il va exercer. Cela peut

également être une phase préalable à une association avec le praticien collaborant.

L'un des avantages de ce contrat est la **flexibilité** (possible cumul de plusieurs collaborations dans des cabinets médicaux différents, sous réserve d'une compatibilité des périodes d'exercice et du respect des règles de déontologie médicale [CSP art.R.4127-85]) et, pour le collaborateur, l'absence de frais d'installation.

Dans le cadre de ce contrat, le collaborateur libéral exerce la profession en toute **indépendance** et **perçoit l'intégralité des honoraires** correspondant aux actes médicaux qu'il accomplit et cote sous son nom (art. 18, II de la loi 2005-882 du 02.08.2005 en faveur des PME). Le collaborateur libéral dispose de ses propres ordonnances et peut demander à avoir sa plaque professionnelle apposée sur les locaux.

Le patient choisira évidemment librement son médecin.

Il n'y a **pas de lien de subordination** (CSP art.R.4127-87). Le dernier alinéa de l'article L.4113-9 du Code de la santé publique (CSP) prévoit en effet que « *les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles de sanctions disciplinaires prévues à l'article L.4124-6 du Code de la santé publique* ». Ces sanctions sont respectivement l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer et la radiation du tableau de l'Ordre.

Le contrat de collaboration libérale est plutôt encouragé par l'Ordre qui y voit **plusieurs intérêts**, notamment, l'accès à un **premier emploi** pour un jeune diplômé, la préparation d'une **succession** du médecin titulaire, l'**intégration progressive** d'un jeune diplômé dans une structure d'exercice en groupe, un **complément à une activité** à temps partiel, un **cumul emploi-retraite** si le collaborant est en fin d'exercice, le développement d'une patientèle,



DR

M^e Marion COUFFIGNAL
Avocate collaboratrice
Cabinet Auber

la possibilité de **tester une zone géographique** peu attractive, de **combinaison l'exercice d'une activité salariée et libérale** ou encore une manière de **libérer du temps** pour convenance personnelle.

Le collaborateur libéral **cotise pour son propre compte** auprès de tous les organismes sociaux (URSSAF¹, CARMF², assurance maladie) et **doit s'assurer** car c'est lui qui est responsable de ses actes professionnels.

Il verse une **redevance de collaboration** au médecin avec lequel il travaille, qui est versée au praticien titulaire en contrepartie de la mise à sa disposition des locaux équipés, d'un éventuel secrétariat, du matériel nécessaire à l'exercice de la profession, du libre accès aux dossiers des patients et, éventuellement, d'une partie de la patientèle (BOI-BNC-SECT-70-30 n°s 1 et 20). Cette redevance devra être justifiée par les services rendus par le médecin collaborant.

La collaboration libérale présente ainsi un **inconvenient fiscal** important : si les activités de soins sont normalement des activités économiques exonérées du champ d'application de la TVA, la rétrocession des honoraires et la rétribution des moyens et du personnel mis à la disposition du collaborateur, c'est-à-dire la **redevance de collaboration** payée par le collaborateur au titulaire du cabinet, a été analysée par l'administration fiscale comme le **versement d'un loyer**, ce qui a été confirmé par le Conseil d'État et a pour conséquence **l'assujettissement de ces redevances versées par le col-**

laborateur au collaborant à la TVA sauf si la rétrocession annuelle est inférieure à 34 400 € annuels, auquel cas, elle bénéficie d'une franchise de TVA.

Cette disposition explique que peu de médecins aient recours à la collaboration libérale car elle entraîne cet inconvénient majeur d'assujettissement à la TVA des redevances de collaboration versées par les collaborateurs aux médecins installés au-delà du seuil de 34 400 € annuels, ce qui équivaut à une **perte sèche de 20% du montant des sommes versées entre médecins**.

Au titre de ces redevances, les médecins titulaires doivent, de leur côté, **collecter cette TVA, la déclarer, et la reverser au Trésor public**, ce qui fait peser sur eux une **tâche comptable et administrative supplémentaire**.



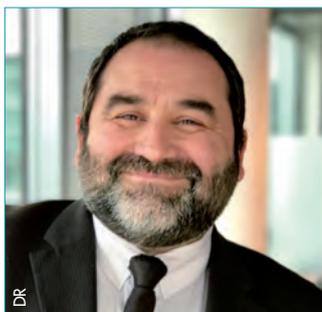
Cet inconvénient majeur explique que le recours à la collaboration libérale soit peu fréquent chez les médecins, alors qu'il est très pratiqué chez les autres professionnels libéraux pour lesquels la posture est inversée : le cabinet perçoit les honoraires et le collaborateur perçoit une rétrocession partielle desdits honoraires.

1. Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

2. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

Le risque médical 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. Lors d'un précédent article, il vous a été présenté quelques données juridiques. En complément, voici quelques données médicales.



Bruno FRATTINI
Cadre supérieur de santé IADE
Expert en prévention
des risques MACSF

Quel acte d'imagerie médicale génère une réclamation du patient ?

- L'examen de **tomodensitométrie (TDM)**, avec **23%** des demandes d'indemnisation, est l'acte le plus souvent mis en cause,
- On trouve ensuite les examens d'**imagerie conventionnelle** avec **21%** des dossiers,
- Puis l'**Imagerie à Résonance Magnétique (IRM)** avec **15%** des réclamations et les **mammographies** et les examens d'**échographie** dans une même proportion avec **13%** des dossiers.

Quelle zone anatomique est concernée ?

- Les examens explorant la **région abdomino-pelvienne** concernent une importante proportion des réclamations avec **24%** des dossiers,
- Les examens de **sénologie** arrivent en seconde position avec **19%** des demandes,
- Les examens d'imagerie du **membre inférieur** concernent **16%** des réclamations,
- Puis suivent les actes explorant le **membre supérieur**, le **rachis**, la **région thoracique** et la **région céphalique** dans des proportions similaires soit **8%** des examens.

Quels sont les manquements reprochés ?

Par manquement reproché, on entend la raison pour laquelle le patient ou son ayant droit ont déposé une demande de réparation financière ou une plainte. La responsabilité du praticien radiologue ne saurait être retenue sans une analyse ou une expertise du dossier du malade (cf. article précédent).

Le principal motif de réclamation retrouvé dans cette étude est l'**erreur d'interprétation** des examens réalisés dans plus de **65%** des dossiers recensés.

Si l'on examine les examens concernés par ce motif, on trouve :

- À parts égales, le **scanner** et l'**imagerie conventionnelle** pour **26%** des réclamations,
- Puis pour **20%**, des examens de **mammographies**,
- Pour plus de **13%**, les **IRM**,
- Et pour près de **10%**, les **échographies**,
- On notera également avec une fréquence moindre :
 - **16 dossiers** pour une **ponction** sous contrôle d'imagerie,
 - **14 dossiers** pour une **infiltration** sous contrôle d'imagerie,
 - **11 dossiers** pour un acte de **radiologie interventionnelle**,
 - **5 dossiers** pour un **échodoppler**,
 - **5 dossiers** au décours d'une prise en charge de **radiothérapie**,
 - Et **2 dossiers** pour une prise en charge en **médecine nucléaire**.

Le second motif retrouvé concerne les **erreurs techniques** pour **11%** des réclamations. Par erreur technique, on entend les hématomes après ponction, les appareils



auditifs non retirés lors d'un examen, les séquelles neurologiques post-ponction, le mauvais positionnement d'une endoprothèse, les fausses routes des sondes ou cathéters, ...

Le troisième motif de réclamation concerne les **infections associées aux soins**, avec près de 8% des dossiers. Il s'agit de quelques dossiers dans les suites d'une infiltration, mais le plus souvent avec une mise en cause systématique du praticien radiologue parmi plusieurs acteurs ayant participé à la prise en charge du patient.

Le quatrième motif de réclamation pointe un **défaut d'organisation** dans la prise en charge du patient pour un peu plus de 4% des dossiers, et notamment une transmission estimée tardive d'un résultat d'examen d'imagerie médicale, ou un examen réalisé avec retard par manque de place générant une perte de chance pour le patient. Pour ce motif également, la mise en cause du praticien radiologue parmi plusieurs acteurs est notée pour une majorité de dossiers.

On note également dans cette étude un peu moins de 4% des dossiers dans un contexte de **chute du patient**. Ces chutes concernent essentiellement des patients âgés

et un patient obèse. Ces données permettent de rappeler qu'il convient de redoubler de vigilance pour ces malades vulnérables. Ce type d'événement indésirable est évitable avec des précautions spécifiques.

Enfin, pour le reste des dossiers analysés, on retiendra notamment 5 dossiers déposés par un patient dans les suites d'un effet secondaire médicamenteux :

- 3 infiltrations rachidiennes répétées de corticoïdes qui auraient provoqué une ostéonécrose des 2 têtes fémorales,
- 1 infiltration rachidienne de corticoïdes qui aurait provoqué à distance du geste technique une perte de sensibilité des 2 membres inférieurs,
- 1 infiltration de corticoïdes au niveau du poignet qui aurait provoqué une amyotrophie au point de ponction,
- 1 injection de produit de contraste qui aurait majoré une insuffisance rénale préexistante,
- 1 injection d'acide hyaluronique pour une rhizarthrose du pouce qui a généré une impotence fonctionnelle.

Références

- <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/le-risque-medico-juridique-en-radiologie>
- <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/rcpradiologue>

Hommages

Docteur Dominique BENOIT

Nous venons d'apprendre le décès du Docteur Dominique BENOIT, médecin radiologue retraité à Lyon (69). À sa famille et à ses proches, nous adressons nos fraternelles condoléances.

Docteur Robert GINOYER

Nous vous informons du décès du Docteur Robert GINOYER, médecin radiologue à Marseille, à l'âge de 101 ans. À la retraite il s'était retiré dans le Var. Il était le père du Docteur Denise Fournot, médecin radiologue, et le beau-père de notre regretté ami Philippe Fournot. La FNMR se joint au Dr Jean-Marie Giraldi pour adresser ses fraternelles condoléances à sa famille et à ses proches.

Docteur Jean PRUNEL

Nous venons d'apprendre le décès du Docteur Jean PRUNEL, médecin radiologue retraité à Ollioules (83). À sa famille et à ses proches, nous adressons nos fraternelles condoléances.

CESSION

10932 | 21 240 kms de Paris, sur A6. Cède avant retraite cabinet de radiologie moderne dans zone commerciale, parking 10 places. 3 manip, 3 secret, possibilité remplacements avant cession.

> **Contact : msarem883@orange.fr**

- 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

REPLAÇANT

10933 | 75 Paris, cherche remplaçant(e) urgent – radio, mammo, écho.

> **Contact : Dr Marc MICFLIKIER - 06.80.53.88.53.**
- mmicflikier@mac.com

Echographie

des urgences

ostéo-articulaires



Dr Lionel Pesquer
Médecin radiologue libéral

ATELIERS PRATIQUES À BORDEAUX LE SAMEDI 13 MARS 2021

1. Établir un protocole d'étude échographique pour chaque articulation dans un contexte d'urgence
2. Décrire les différents aspects sémiologiques de lésions osseuses, articulaires, ligamentaires et/ou musculotendineuses
3. Intégrer l'échographie dans un arbre décisionnel diagnostique pour une meilleure prise en charge du patient
4. Compléter l'examen clinique et le bilan radiologique avec l'échographie
5. Connaître la méthode et les résultats d'une échographie de l'appareil locomoteur

**Tarif médecin radiologue en libéral ou salarié des hôpitaux :
820€ (adhérent FNMR : 780 €).**

Renseignements et INSCRIPTIONS
Tél : 01 53 59 34 02 - www.forcomed.fr/contact

forcomed.fr   

 **FORCOMED**

LA RÉFÉRENCE DES FORMATIONS
EN RADIOLOGIE