

# Le Médecin Radiologue de France

Mai 2021

# 444

la lettre de la



Fédération  
Nationale des  
Médecins  
Radiologues

## CA FNMR Manipulateurs



/LaFnmr



@Fnmr\_radiologue



fnmr.org

# LA FNMR J'ADHÈRE !

## 5 bonnes raisons

« J'adhère à la FNMR pour **défendre** notre **spécialité**, les **médecins radiologues libéraux** et accéder à une **information professionnelle** reconnue et de grande qualité. »

### 1 L'union fait la force.

Parce que la FNMR est **le seul rempart** contre les baisses tarifaires.

### 2 L'indépendance.

Pour que le médecin radiologue puisse rester maître de **son outil de travail** et garder la maîtrise de **son plateau technique**.

### 3 L'équipement d'imagerie médicale.

Parce que **la FNMR défend auprès des ministères** l'augmentation du nombre d'équipements, la simplification des autorisations et que ses représentants régionaux soutiennent vos demandes.

### 4 Le dépistage du cancer du sein.

Parce que l'association de formation **FORCOMED, créée par la FNMR, est la seule agréée pour la formation des 1<sup>ers</sup> et 2<sup>nds</sup> lecteurs du dépistage organisé**. La FNMR a inspiré et mis en place le dépistage du cancer du sein depuis 2004.

### La téléradiologie et l'intelligence artificielle.

5 Parce que la FNMR participe à l'élaboration des règles de bonne pratique de la téléradiologie et de celles de l'intelligence artificielle à travers **DRIM France IA**, écosystème d'IA, conçu par les radiologues, pour les radiologues.

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



# La radiologie : un travail d'équipe



DR  
Dr Jean-Philippe Masson,  
Président de la FNMR.

Un récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), mandatée par le ministre de la santé, a été réalisé avant le Ségur de l'hôpital sur **la profession de manipulateur partie intégrante de l'équipe radiologique.**

Quelques brefs résultats :

- Confirmation du rapport 60%-70%/40%-30 % pour la répartition des manipulateurs entre le public et le privé avec inversion de cette proportion (30/70) pour l'activité radiologique ce qui ne manque pas de soulever quelques interrogations ...
- Confirmation du manque de manipulateurs en activité et en formation.
- Affirmation que les manipulateurs fuient l'hôpital pour le privé car plus attractif financièrement.

Cette dernière affirmation est fausse. D'autant plus après le Ségur de l'hôpital et les revalorisations salariales très importantes des personnels, notamment des manipulateurs, qui laissent percevoir la pression forte de nos collègues hospitaliers qui ont pu largement s'exprimer et être écoutés lors de la rédaction de ce document.

Ce rapport, fort intéressant cependant, jette malheureusement un doute sur l'impartialité de l'IGAS et par voie de conséquence sur ses futurs travaux.

C'est aussi cette notion d'équipe que la FNMR veut mettre au centre **de l'évolution du régime des autorisations d'imagerie en coupe.**

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), pour l'instant, ne veut pas faire évoluer sa vision d'autorisation par site versus par équipe médicale. Mais les négociations sont en cours, toutes composantes du G4 confondues et unies pour la rédaction du futur décret qui devrait voir une simplification du régime des autorisations. La libéralisation, elle, semble moins avancée dans les esprits de l'administration et notamment de l'Assurance maladie (CNAM) qui ne veut pas sortir de sa logique d'enveloppe et de limitation -voire de baisse- des dépenses.

**L'équipe de « la radiologie », c'est aussi celle de notre Fédération et de tous ses membres,** qui a permis à 46 médecins radiologues d'être élus aux Unions Régionales des Professionnelles de Santé (URPS).

Notre spécialité, la radiologie, c'est depuis toujours une équipe médicale, syndicale, formée, compétente, complète : médecin radiologue, manipulateur et secrétaire qui travaillent **ensemble pour la bonne prise en charge des patients.**

## SOMMAIRE – MAI 2021 -# 444

**BREVES** ..... p. 4

### CA FNMR – MARS 2021

Deux réformes en cours :  
urgence et autorisations **p. 5**

### MANIPULATEURS

Manipulateurs : un rapport de l'IGAS  
orienté hôpital public **p. 12**

### ÉCONOMIE

Le BNC 2019 des radiologues  
au 11<sup>ème</sup> rang des spécialistes **p. 17**

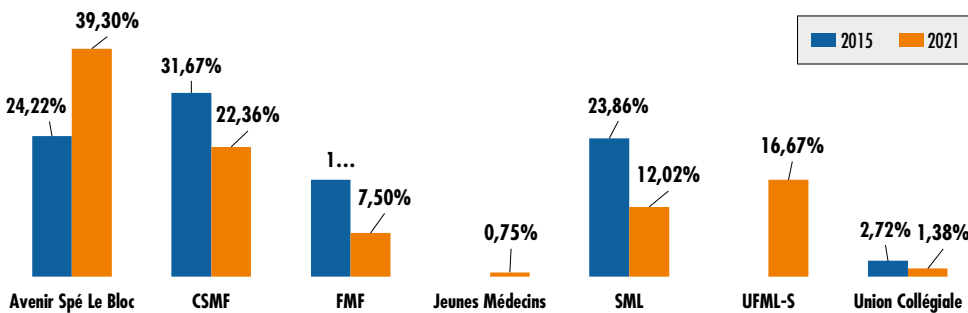
**ANNONCE LÉGALE** ..... p. 19

**Annonceurs :** FNMR p. 2 – Labelix p. 19 – 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](http://www.fnmr.org) • E-mail : [info@fnmr.org](mailto: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 : Chaiyon Dreamstime •  
IMPRIMERIE DECOMBAT : 5 bis rue Gustave Eiffel 15000 AURILLAC • Dépôt légal 1<sup>er</sup> trimestre 2020 • ISSN 1631-1914

## URPS 2021 : COLLÈGE SPÉCIALISTES

(Résultats France entière)



## L'IMAGE

La représentation la plus détaillée d'une cellule humaine à ce jour, obtenue par radiographie, résonance magnétique nucléaire et microscopie cryoélectronique.

**JUSTE ÉPOUSTOUFLANT !!!!!**



## URPS (Communiqué de presse du ministère de la santé – 7 avril 2021 – Extrait)

### • S'agissant des médecins généralistes :

Le syndicat MG France reste la première organisation professionnelle représentative des médecins généralistes libéraux conventionnés.

### • S'agissant des médecins spécialistes :

L'Union syndicale "Avenir Spé"- "Le BLOC Union AAL-SYNGOF-UCDF" devient la première organisation professionnelle représentative des médecins spécialistes libéraux conventionnés.

## Protocoles de coopération entre professionnels

3 protocoles de coopération entre professionnels sont autorisés nationalement à compter du 4 mars 2021. Celui concernant les demandes d'examen par les infirmières ne contribuera pas à améliorer la pertinence des examens, comme la FNMR l'avait déjà signalé.

Protocole	Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences	Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin	Radiologues interventionnels et Manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-line en salle de radiologie interventionnelle
Profession du délégué	Infirmier	Infirmier	Manipulateur en électroradiologie

## L'industrie de l'imagerie est dynamique, innovatrice

Le SNITEM rappelle quelques-unes de ces innovations :

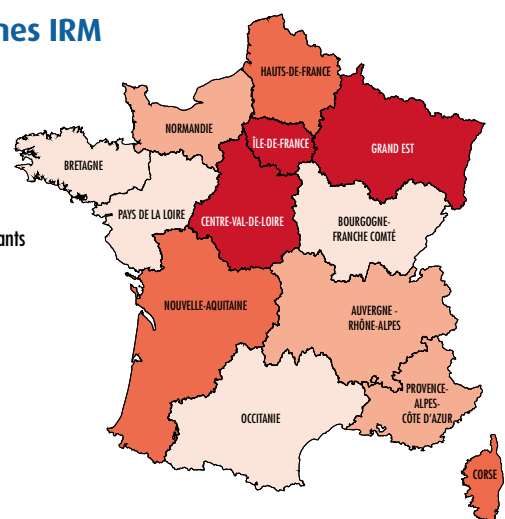
- Echographie 3D/4D – fusion d'images
- IRM 7T, IRM sans hélium, IRM sans bruit
- Systèmes hybrides : PET-CT, PET-IRM
- A / data : IA se retrouve dans toutes les modalités de l'imagerie

La France ne parvient pas à rattraper son retard d'équipements. C'est, par exemple, le cas avec **14,1 d'IRM** par million d'habitants contre **20,9** en Europe.

## Le parc de machines IRM

Nombre d'IRM par million d'habitants en 2018

- 17,3
- 16,3
- 14,1
- 10,4



# Deux réformes en cours : urgence et autorisations

Le Conseil d'administration de la FNMR du 20 mars 2021 s'ouvre, une fois de plus, en visioconférence.



## 1. COMPTES 2020 ET PRÉVISIONNEL 2021

### CA FNMR 20 MARS 2021 ORDRE DU JOUR

- Comptes 2020 et prévisionnel 2021
- Plan pluriannuel avec la CNAM
- Réforme de la nomenclature (CCAM)
- Réforme urgence et autorisations
- Élections aux URPS
- FORCOMED

Jean-Charles Guilbeau, Trésorier adjoint, présente les comptes 2020 de la Fédération et le prévisionnel pour 2021 afin que le Conseil les arrête. **Ces comptes sont fortement impactés par la crise de la Covid-19.**

Les recettes 2020 enregistrent une baisse d'environ 50%. Plusieurs raisons l'expliquent. Il y a la baisse de la cotisation réduite de 5/12<sup>ème</sup> à 250 € pour tenir compte des événements. Il y a également d'importants retards de règlements. Des cotisations 2020 remontent encore aujourd'hui. Au final, le nombre de cotisations réglées recule peu ce qui, compte tenu de la période, est relativement satisfaisant.

Les cotisations de scanner et d'IRM sont, elles aussi, en légère baisse mais restent à un niveau satisfaisant.

Pour 2021, les comptes s'inscrivent dans une situation sanitaire et économique toujours dégradée. Il est prévu une stabilisation des recettes avec **une cotisation fixée à 430 €, sans augmentation par rapport à 2019.**

Les dépenses 2020 sont légèrement supérieures aux recettes ce qui entraîne une perte limitée.

Par rapport au compte prévisionnel, plusieurs dépenses n'ont pas été engagées en raison de la pandémie. C'est le cas du nouveau système de gestion informatisé des cotisations ou des actions envisagées pour la défense de la profession. Les frais de réunions (assemblée générale, conseil d'administration, congrès des JFR, etc.) ont été fortement réduits. Les frais de personnels sont aussi en baisse avec l'absence de deux secrétaires. Le résultat est un léger déficit, inférieur aux prévisions et couvert par les réserves.

Pour 2021, les montants provisionnés en 2020 pour le système informatisé des cotisations et pour la défense de la profession sont repris. La Fédération recrute un chargé de communication mais en contrepartie résilie le contrat avec l'agence de communication. Une reprise des réunions physiques est envisagée. Ce qui en fin de compte se traduirait par une perte prévisionnelle.

L'expert-comptable de la Fédération, Henri Baumgartner, souligne que les réserves sont largement suffisantes pour supporter les pertes 2020 et d'éventuelles pertes en 2021. Il n'y a pas d'inquiétude à avoir pour la trésorerie ni pour cette année, ni dans un futur plus lointain.

Un conseiller observe que les comptes de la Fédération reflètent ceux des cabinets de radiologie. L'ANDIM<sup>1</sup> évalue les pertes de chiffres d'affaires des cabinets pour 2020 entre 0 et 20%. Jean-Philippe Masson souligne que

(1) Association Nationale des Directeurs en Imagerie Médicale.



...> **le quasi maintien du nombre d'adhérents, alors que la démographie des radiologues est en recul, fait la force de la Fédération** tant auprès des pouvoirs publics que des syndicats représentatifs qui signent les accords conventionnels.

Les comptes mis aux voix sont arrêtés à l'unanimité et seront présentés à l'assemblée générale du mois de juin. ●

## 2. PLAN PLURIANNUEL AVEC LA CNAM

La crise de la Covid-19 a entraîné une longue interruption des relations avec la CNAM<sup>2</sup>. En dépit des demandes répétées de la Fédération, il a fallu attendre l'automne pour que Jean-Philippe Masson, président de la FNMR, puisse rencontrer le nouveau directeur général de la Caisse.

Depuis, une seule réunion du groupe technique a eu lieu. A cette occasion, Jean-Charles Leclerc, Secrétaire général, indique que la FNMR a présenté les résultats des actions de pertinence sur les produits de contraste. Ils montrent une **baisse de la concentration et des volumes pour les produits iodés**. S'il a fallu du temps pour enregistrer les effets de la pertinence dans ce domaine, les résultats sont là et sont pérennes.

Les chiffres présentés par la CNAM montrent un **rebond de l'activité après le premier confinement sur le lombaire puis, rapidement, une nouvelle baisse**.

Pour le crâne, le thorax et l'ASP, la baisse des dépenses continue et s'accroît.

Les représentants de la CNAM ont confirmé le **refus de la caisse de prendre en considération les baisses de dépenses d'imagerie durant l'année 2020** au motif de la Covid.

**La FNMR n'accepte pas cette position.** Elle l'a rappelée lors de la réunion du groupe technique. Les objectifs d'économies ont été réalisés, et au-delà. Il appartient à l'État, en contrepartie, de respecter sa promesse en abrogeant l'article 99 de la LFSS 2017 qui donne pouvoir au DG de la CNAM de baisser arbitrairement les forfaits techniques. La FNMR a donc réitéré sa demande d'un bilan complet des économies en imagerie sur la période 2017-2020 et exige toujours le retrait de l'article 99.

Contacté récemment par la Fédération, le responsable du département des actes de la CNAM a indiqué que les points soulevés par la FNMR étant politiques, seul le DG de la CNAM est habilité à apporter des réponses... que nous attendons toujours.

Bruno Silberman, Premier Vice-Président, estime peu probable que la CNAM s'engage sur des baisses tarifaires en 2021 dans la mesure où aucun syndicat représentatif ne signera un avenant de cette nature. Il devrait en être de même avant la négociation de la prochaine convention médicale. En revanche, **la CNAM dispose toujours de l'article 99 qui reste une réelle menace.**

Jean-Philippe Masson partage cette analyse et souligne l'importance de l'action de tous les radiologues auprès de leurs élus, députés et sénateurs, pour revendiquer l'abrogation de l'article 99. Il informe le Conseil que les biologistes qui ont enregistré une hausse de leur chiffre d'affaires avec les tests PCR, se sont vu imposer une baisse du tarif des tests.

Un administrateur demande comment sera réglée la participation de la CNAM aux charges des cabinets instaurée lors du premier confinement. D'après les informations communiquées par plusieurs CPAM, 80% de l'aide ont déjà été versés en fonction des relevés SNIR<sup>3</sup> 2019. Les 20% restant devraient l'être au mois de juin 2021. Ce décalage est dû au fait que des demandes de remboursements d'actes sont présentées très tardivement par certains patients.

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, rappelle que le taux de charges des radiologues retenu par la CNAM pour cette aide n'est que de 46%, loin de la réa-

(2) Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

(3) Système national Inter-Régimes.



lité, alors que pour des spécialités qui ont peu d'investissements le taux retenu a été de 69%.

Pour Jean-Charles Bourras, les cliniques ont subi une baisse d'activité sensible, particulièrement aux urgences ce qui a eu des conséquences sur l'activité de scanner. Les cliniques disposeraient encore d'une garantie financière par l'État. Qu'en est-il pour les médecins libéraux ? Bruno Silberman confirme que les établissements bénéficient à nouveau du système d'aide mis en place avec le premier confinement. Mais les radiologues ne sont pas, une fois de plus, concernés. ●

### 3. NOMENCLATURES

#### CCAM<sup>4</sup>

Jean-Philippe Masson fait le point sur **la réforme de la nomenclature, la CCAM**. Elle sera pilotée par le Haut Conseil des Nomenclatures et une commission d'experts pour les médecins. Le rôle de ce Haut Conseil (un de plus !) est de proposer une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations. Il sera composé d'un nombre égal de médecins hospitaliers et libéraux et de personnes qualifiées.

La commission compétente pour les médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil et valide la méthodologie. Elle émet aussi un avis sur la hiérarchisation. Elle est composée paritamment de représentants des syndicats médicaux représentatifs et de l'UNCAM<sup>5</sup>.

Les membres du Haut Conseil et des commissions ne sont pas encore connus mais des contacts ont déjà été pris. La FNMR sera attentive à ce que les médecins experts au sein de la commission soient bien des médecins libéraux désignés par les syndicats représentatifs.

En effet, **seuls les syndicats représentatifs des médecins libéraux**, ceux qui se seront présentés aux élections aux URPS du mois d'avril, sont habilités à négocier, en particulier la question de tarifs.

#### CONE BEAM

Jean-Philippe Masson a été saisi par la CNAM d'une demande **d'avis sur la tarification des examens des petites extrémités réalisés par cone beam**. La CNAM a elle-même été saisie par la SOFCOT<sup>6</sup>, société savante des chirurgiens orthopédistes.

La Caisse explore la possibilité d'une cotation par assimi-

lation, c'est à dire qu'une cheville au cone beam pourrait être cotée comme une radiologie de cheville alors qu'il s'agit plutôt d'un scanner.

Dans sa réponse à la Caisse, le Président a souligné qu'il n'y a pas d'urgence à coter ces actes alors que la révision de la nomenclature est programmée. Il faut procéder à une évaluation du risque d'une explosion de ces actes en raison de l'autoprescription, ce qui s'est produit aux États-Unis. L'utilisation de cette technique pose la question de la radioprotection puisqu'elle utilise des rayons X.

Pour Jean-Christophe Delesalle et Jean-Charles Leclerc, **seuls des médecins ayant une formation à la radioprotection peuvent s'équiper de machines utilisant des rayons X**. La rapidité avec laquelle la CNAM réagit à la demande de la SOFCOT est surprenante étant donné la lenteur habituelle pour inscrire de nouveaux actes de radiologie.

Gilbert Leblanc s'interroge sur l'origine réelle de cette demande. Revenant sur la réforme de la nomenclature, il s'inquiète d'un éventuel regroupement par familles d'actes qui se traduirait par une division par dix du nombre de lignes pour la radiologie et les risques inhérents de baisses tarifaires.

Patrick Souteyrand considère que des simplifications sont néanmoins nécessaires. Il cite ainsi l'exemple du scanner abdomino-pelvien, avec ou sans injection qui sont bien distingués alors que leur tarif est identique. Le « petit bassin » est toujours présent dans la nomenclature alors que cette description ne correspond à rien.

Wilfrid Vincent remarque que la nomenclature d'imagerie contient entre 600 et 800 actes plus les associations possibles mais aussi de multiples règles d'écriture qui viennent compliquer la tarification, en particulier pour l'imagerie interventionnelle.

Bruno Silberman rappelle que, lors de la création de la CCAM, la difficulté n'a pas été la définition des intitulés et ni leur nombre mais la méthode de valorisation sous contrainte dans une enveloppe fermée qui a fait perdre beaucoup à la radiologie. Si la valorisation est abordée à la fin du processus, elle pèsera sur la hiérarchisation. ● ...>

(4) Classification Commune des Actes Médicaux

(5) Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

(6) Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

## ...> 4. RÉFORME URGENCE ET AUTORISATIONS

### TARIFICATION AUX URGENCES

**La réforme de la tarification aux urgences** doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre prochain. Elle s'appliquera aux examens réalisés dans les services d'urgence et les SMUR<sup>7</sup> pour les patients qui ne sont pas hospitalisés ensuite.

Quel sera le mode de facturation ? En radiologie, il y aura deux forfaits. L'un pour la radiologie conventionnelle et l'échographie, l'autre pour l'imagerie en coupe. Le financement des forfaits techniques restera comme il est aujourd'hui.

Si le radiologue réalise une échographie et un scanner, il ne pourra facturer qu'un seul forfait par patient et par passage : le plus cher.

Si l'échographie est réalisée par l'urgentiste, elle sera comprise dans le forfait urgentiste. Le cardiologue ne pourra pas non plus facturer de forfait d'imagerie. **Seuls les radiologues pourront facturer des forfaits imagerie.**

La facturation passera par le bordereau S3404 des cliniques et fera l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie sur le compte mandataire des radiologues. La clinique n'aura donc aucune démarche à effectuer pour récupérer les forfaits d'autant plus qu'ils seront pris en charge à 100%.

Les forfaits seront identiques pour les établissements publics et privés. Les montants ne sont pas encore connus. Enfin, rappelons que les actes d'imagerie réalisés suite à une urgence mais ultérieurement, doivent être facturés sans dépassement. C'est la continuité des urgences. Par exemple, si un urgentiste demande une radio ou une écho de la cheville aux urgences et que le patient doit faire le lendemain un scanner, celui-ci doit être facturé au tarif opposable.

Wilfrid Vincent expose le mécanisme des forfaits et de la phase transitoire. Pour la simplicité, il est fait comme si un seul forfait imagerie devait être créé.

On prend le total des dépenses d'imagerie en 2019<sup>8</sup>, dans les services d'urgence que l'on divise par le nombre d'actes. On obtient le montant du forfait imagerie urgence, par exemple 50 euros. Ce montant est définitif. Il est indépendant du nombre d'examen qui seront réalisés une fois la réforme en application.

Il est possible d'évaluer les conséquences de l'application de cette réforme. Il suffit de prendre le nombre d'actes d'imagerie réalisés aux urgences en 2019 et de le mul-

tiplier par le montant du forfait 50 €. On constate alors, éventuellement, que les cabinets ou services d'imagerie de certains établissements sont gagnants, ils perçoivent plus qu'avec le paiement à l'acte, et qu'inversement, certains sont perdants, ils perçoivent moins qu'avant la réforme. Pour compenser, partiellement, d'éventuelles pertes, il est constitué pendant les 18 premiers mois un fonds de réserve abondé par une partie du forfait. En clair, pendant les 18 premiers mois, le forfait versé sera, par exemple, de 47 € et non pas 50 €. Les montants dégagés seront versés aux «perdants» dans une certaine limite, par exemple s'ils ont plus de 5% de pertes, et pendant la période transitoire seulement. Ensuite, le versement du forfait sera remonté à 50 €.

Le montant du forfait n'a pas pu être calculé dans la mesure où les statistiques ne permettent pas de connaître, en l'état, la totalité des actes facturés en 2019 aux urgences. La raison est qu'environ un quart des cabinets ou services de radiologie facturent directement à l'assurance maladie sans passer par le bordereau S3404. La DGOS et la CNAM sont en train de faire les évaluations.

Un administrateur craint qu'à terme, une différenciation des forfaits soit instaurée entre les établissements publics et privés sous prétexte de patients plus lourds dans les hôpitaux. Jean-Philippe Masson rappelle que le forfait ne s'appliquera qu'aux patients qui ne sont pas hospitalisés ensuite. S'ils le sont, la tarification se fera à l'acte comme aujourd'hui. **Les forfaits urgence seront payés par la CNAM mais ils seront indexés sur les prestations hospitalières donc, non soumis à d'éventuelles baisses tarifaires.**

Gilbert Leblanc et Pierre-Jean Ternamian s'inquiètent du risque d'extension de cette réforme avec la fusion éventuelle du non programmé et des urgences. Dans le cadre de la mise en place des CPTS<sup>9</sup>, il n'est question que de non programmé. Sur les 22 expérimentations nationales, une seule a été confiée à des libéraux dans les Yvelines. Il ne faut pas oublier que le programme présidentiel du Président Macron prévoyait une réforme de l'accès aux soins. Par ailleurs, il semblerait que la DGOS<sup>10</sup> qui pilote une douzaine d'outils, dont un créé par l'URPS AURA, cherche

(7) Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

(8) Étant donné la crise du Covid, l'année 2020 ne pouvait pas être prise en référence.

(9) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

(10) Direction Générale de l'Offre de Soins.





à mettre en place un système national avec Doctolib. C'est un premier pas vers l'ubérisation de la médecine.

Bruno Silberman considère que l'hôpital ne pourra pas assurer tous les actes non programmés et que les radiologues libéraux resteront incontournables qu'ils soient ou non dans des CPTS. En revanche, il s'inquiète d'un risque de dérive vers la forfaitisation.

### LES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS

**La réforme du régime des autorisations d'imagerie en coupe** suscite plus de difficultés. Elle a été lancée il y a près de trois ou quatre ans. Deux groupes ont été constitués autour de la DGOS. **Le groupe consacré à la radiologie interventionnelle a abouti.** Le principe retenu est celui de l'attribution des autorisations d'activités de soins à des équipes de radiologues et non pas à des établissements. Le groupe consacré à la radiologie diagnostique a rencontré beaucoup de difficultés. Il a commencé plus tardivement. Les représentants de la DGOS ont changé, trois équipes se sont succédées, chacune recommençant toute la réflexion depuis le début.

Les radiologues hospitaliers et libéraux ont travaillé sur des propositions qui ont été présentées au nom du Conseil professionnel de la radiologie (G4) fin 2019. La crise du Covid a suspendu les travaux jusqu'en janvier 2021, date à laquelle la DGOS a formulé de nouvelles propositions ne prenant absolument pas en compte celles du G4. La DGOS a argué de l'impératif d'aboutir fin mai 2021 pour présenter une ordonnance devant le parlement et de rédiger ensuite un décret encadrant l'ensemble de la radiologie.

**La DGOS proposait le passage à une autorisation d'activités de soins.** Or, comme l'explique Bruno Silberman, entre 30 et 40% des équipements sont détenus par des SCM<sup>(11)</sup> ou des GIE<sup>(12)</sup>, souvent constitués entre établisse-

ments publics et groupes libéraux. Ces structures peuvent détenir des équipements mais ne sont pas autorisées à développer des activités médicales. Le projet de la DGOS supposait donc leur transformation en GCS<sup>(13)</sup> de droit public avec toutes les lourdeurs inhérentes et inacceptables pour les radiologues libéraux. De plus, à ce stade des discussions, la DGOS refusait le principe d'autorisation d'activités à des équipes multisites ainsi que le statut d'établissement de santé d'imagerie avec contraintes allégées. Si la FHF<sup>(14)</sup> et les radiologues hospitaliers sont favorables à ce principe, la FHP<sup>(15)</sup> semble y être opposée.

**La FNMR et le G4 ont refusé les propositions de la DGOS** qui faisaient l'impasse sur les lourdes conséquences qu'elles entraîneraient. La DGOS a ensuite proposé d'introduire un nouveau statut : la cotitularité, mais sans aucune étude sur les conséquences. Ce statut devrait être adopté par les SCM et les GIE ce qui obligerait leurs membres à renégocier l'ensemble des éléments qui les constituent actuellement avec tous les risques de remise en cause des équilibres par et pour chaque partenaire.

La situation en est là. La FNMR et le G4 vont examiner les solutions possibles : accepter le principe de cotitularité sans en connaître toutes les conséquences ou ne pas l'inscrire dans l'ordonnance et, peut-être, laisser passer une occasion d'évolution intéressante.

### DÉBAT SUR LA RÉFORME DES AUTORISATIONS

Eric Chavigny, Vice-Président, rappelle que **l'objet de la réforme était la simplification.** Les propositions de la DGOS constituent au contraire des contraintes supplémentaires avec la transformation des SCM et des GIE en cotitularité. Le risque est grand que tous les établissements partenaires publics ou privés recourent à ce statut. Aujourd'hui, les établissements détiennent des autorisations de chirurgie, de cancérologie. Demain, ils pourront aussi détenir des autorisations d'activité pour l'imagerie en coupe. Cette réforme met en grand danger l'imagerie diagnostique. **Le calendrier serré des ordonnances ne doit pas être un prétexte pour imposer aux radiologues une réforme qui met en péril la spécialité.**

Jean-Christophe Delesalle rappelle que la loi relative à

(9) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

(11) Société Civile de Moyens.

(12) Groupement d'Intérêt Économique.

(13) Groupement de Coopération Sanitaire.

(14) Fédération Hospitalière de France.

(15) Fédération de l'Hospitalisation Privée.



...> l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS du 24 juillet 2019) donnait pouvoir au Gouvernement pour légiférer par ordonnance dans un délai de dix-huit mois sur plusieurs questions dont la réforme des autorisations. La crise du Covid a repoussé l'échéance de quatre mois, ce qui mène à la date limite du 24 mai 2021, délai réduit de fait par la nécessité de passer par le Conseil d'Etat pour validation préalable. Aujourd'hui, deux visions s'opposent. Celle du conseil juridique de la FNMR qui considère que l'ordonnance pourrait inclure le statut d'établissement de santé en imagerie et celle de la DGOS qui considère que ce statut est en dehors du champ des ordonnances. La DGOS refuse l'ensemble des propositions du G4 : l'établissement de santé en imagerie, l'autorisation attribuée à une équipe de radiologues, la notion de multisites. Ces propositions auraient permis une véritable simplification des autorisations en permettant d'obtenir des autorisations dans le cadre d'un dialogue de gestion avec les Agences Régionales de Santé. Elles permettraient aussi d'assurer un maillage territorial en imagerie. La seule concession de la DGOS a été d'inclure les personnes physiques, les médecins radiologues, au côté des personnes morales dans la cotitularité. **Il ne paraît pas possible, en l'état, d'accepter le principe des autorisations d'activités pour l'imagerie diagnostique.**

Eric Guillemot, Vice-Président, observe les actions conduites par l'hospitalisation privée dans le sud de la France pour prendre le contrôle de groupes de radiologie. La cotitularité lui paraît être un levier supplémentaire pour leur stratégie.

Philippe Arramon-Tucoo, Vice-Président, partage les inquiétudes exprimées par les autres intervenants. Telle qu'elle est présentée par la DGOS, **la réforme paraît être surtout une simplification pour les ARS.** Actuellement, les radiologues sont dispersés sur les territoires, ils ont des autorisations avec différents partenaires, bref, ils sont compliqués à gérer. Les Agences préféreraient certainement avoir pour interlocuteur les structures hospitalières qui ont donc intérêt à la réforme et à la cotitularité.

Pour Bruno Silberman, dans le cas d'un débat entre l'hôpital public et les libéraux ou entre cliniques et libéraux, le plus souvent les ARS se tourneront vers l'établissement. Il attire aussi l'attention sur le fait que dans le cadre d'autorisations d'activités, si le statut d'établissement en imagerie était accepté, les SCM et les GIE devraient quand même changer de statut. ●

## 5. ÉLECTIONS URPS

À la veille des élections aux URPS<sup>16</sup>, le président rappelle que **la FNMR adhère à tous les syndicats représentatifs.** Bruno Silberman souligne que pendant des années, la Fédération, tout en appartenant à tous les syndicats représentatifs, s'est appuyée sur un syndicat polycatégoriel disposant d'une forte branche de spécialistes en son sein. Progressivement, la politique des gouvernements s'est orientée vers les généralistes, déséquilibrant le rôle des spécialistes. La FNMR, comme les autres syndicats de spécialistes, n'est pas représentative. Autrement dit, elle ne peut pas signer la convention médicale ou ses avenants. Il lui faut donc s'appuyer sur un syndicat représentatif, s'exprimant au nom des spécialistes afin d'éviter la balkanisation du syndicalisme médical.

Le président et le vice-président appellent les radiologues à voter pour les listes comprenant des candidats radiologues membres de la FNMR. ●

## 6. DÉPISTAGES

L'Académie de médecine vient de publier un rapport sur **le dépistage du cancer du poumon** qui conclut qu'il ne sert à rien. Il va même jusqu'à affirmer que faire des scanners du poumon répétés est dangereux car susceptible de créer des cancers. On peut s'interroger sur la légitimité et la capacité des auteurs à rédiger ce rapport. L'INCa<sup>17</sup> est prêt à réfléchir à une expérimentation mais s'inscrit dans un horizon de cinq ans. Heureusement, d'autres acteurs sont plus efficaces. Ainsi, une expérimentation est développée en Corse, avec la structure locale des dépistages.

Alexandre Blondet fait observer que **les objections qui sont soulevées contre le dépistage du cancer du poumon sont les mêmes que celles qui avaient été avancées contre le dépistage du cancer du sein.** Le dépistage du cancer du poumon est une action de santé publique qui doit être organisée le plus rapidement possible.

Katia Giobbini informe le conseil d'un article récemment publié qui propose que les manipulateurs réalisent l'examen clinique des femmes lors des dépistages du cancer du sein. Elle, et le président, marquent leur opposition totale à cette proposition. Il s'agirait d'un exercice illégal de la médecine. C'est aussi en opposition au cahier des charges du dépistage qui garantit la qualité de la prise en charge des patientes. ●

(16) Union Régionale des Professionnels de Santé.

(17) Institut National du Cancer.



## 7. FORCOMED

### FORCOMED : DIX NOUVELLES FORMATIONS

- Les traitements par PRP
- L'embolisation prostatique
- La thyroïde
- La formation sur les EOS
- La téléradiologie
- La formation Cone-Beam qui permet de coter l'acte
- L'actualisation de la formation sur les produits de contraste
- La radioprotection avec un e-learning qui permet de valider la formation radioprotection des travailleurs
- La gestion de compétence et l'habilitation (nouvelle obligation réglementaire ASN)
- La gestion documentaire au cabinet

Jean-Charles Leclerc, président de FORCOMED, informe les radiologues qu'en dépit du confinement en Île-de-France, les formations FORCOMED en présentiel sont maintenues conformément à la réglementation.

**Les formations de la Personne Compétente en Radio-protection (PCR) réalisées jusqu'au 31 décembre 2019 arrivent en fin de validité le 1<sup>er</sup> juillet 2021.** Un Webinar, sur le site de FORCOMED, explique comment se mettre en conformité.

**Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019, les centres d'imagerie ont l'obligation de mettre en place l'assurance qualité.** La conformité est vérifiée par des inspections de l'ASN<sup>18</sup>. Les inspections se multiplient. Certains centres ne sont pas encore en conformité et le président les invite à participer à la formation de Forcomed.

Forcomed est maintenant éligible au FAF-PM<sup>19</sup> ce qui permet d'être indemnisé pour les formations de FMC<sup>20</sup>. ●

## 8. DMP<sup>21</sup>

Jean-Philippe Masson fait le point sur les travaux relatifs au DMP dans le cadre du Ségur numérique. Actuellement, les discussions portent sur les **envois des comptes rendus**. La FNMR exige que ces envois ne coûtent rien aux radiologues et qu'ils soient transparents.

Dans l'immédiat, les radiologues doivent suspendre leurs demandes d'envoi des comptes rendus aux éditeurs.

Le compte rendu est la première marche vers l'interconnexion et la communication des images entre les différents PACS<sup>22</sup>. La relation entre les comptes rendus et les images se fera à travers DRIM<sup>23</sup> qui sera le portail sécurisé.

Un groupe de radiologues, libéraux et hospitaliers, est constitué pour réfléchir au compte rendu, la demande dématérialisée sera examinée ultérieurement. Les premières réunions montrent que l'ANS s'oriente vers des projets totalement irréalistes qui ne verront pas le jour avant plusieurs années.

Jean-Christophe Delesalle présente l'état d'avancement des travaux sur le compte rendu. Il s'inscrit dans le Ségur numérique financé pour 1,4 Mds € comprenant le DMP avec un volet imagerie.

Les discussions s'orientent vers un format DICOM CDA, extrêmement formalisé avec de nombreux items. Quels objectifs président au choix de ce format ? Est-ce pour créer des bases de données ? Il est répondu que c'est pour intégrer les images. Mais il y a des solutions plus simples comme le PDF avec une simple URL pointant vers le serveur de diffusion et un « access number » du patient. Cette procédure existe, elle est opérationnelle. La démarche du ministère peut se résumer par la formule : **pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?**

Peter Petrov et Sébastien Thiriart, membres du groupe de travail, interviennent pour confirmer leur incompréhension d'une démarche technocratique qui n'a aucun rapport avec la pratique quotidienne dans les cabinets d'imagerie. Ils s'interrogent sur l'opportunité de faire appel à des consultants extérieurs, sur la démarche des éditeurs de logiciels et sur l'exploitation des données dont aucun intervenant n'a voulu indiquer ce qu'il en serait fait.

Le Conseil d'administration s'achève avec l'annonce du prochain rendez-vous au 12 juin. ●

(18) Autorité de Sécurité Nucléaire.

(19) Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale.

(20) Formation Médicale Continue.

(21) Dossier Médical Partagé.

(22) Picture Archiving and Communication System.

(23) Data Radiologie Imagerie Médicale – France IA.

# Manipulateurs : un rapport de l'IGAS orienté hôpital public

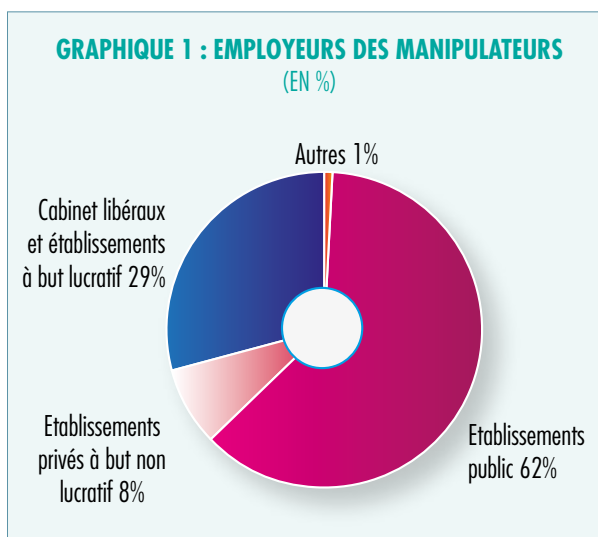
À la demande du ministre de la santé, l'IGAS<sup>1</sup> a analysé le métier de manipulateur en électroradiologie médicale (MERM)<sup>2</sup>. Elle constate qu'il s'agit d'un métier en tension et fait 26 propositions pour renforcer son attractivité.

## LA DÉMOGRAPHIE

Il n'existe pas de statistiques exhaustives, fiables sur la démographie des manipulateurs. Le rapport conteste l'effectif retenu de 37 428 manipulateurs par le répertoire Adeli qui ne lui paraît pas correctement mis à jour, les professionnels ne signalant pas forcément une modification de situation professionnelle. La mission a donc procédé à des estimations<sup>3</sup> évaluant l'effectif à 27 500 manipulateurs tous secteurs confondus (tableau 1).

La mission présente une répartition des manipulateurs par type d'employeur qui ne correspond pas à la répartition

Lieu d'exercice	Nombre	En %
Hôpitaux publics	15 300	56%
Établissements privés à but non lucratif	2 300	8%
Établissements privés à but lucratif	1 500	6%
Cabinets libéraux	7 900	29%
Autres (intérim, centres de santé)	500	1%
<b>Total</b>	<b>27 500</b>	



Année	Hôpitaux publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Cabinets libéraux
2014	14 714	1 124	2 253	18 091
2019	15 215	1 486	2 286	18 987
<b>Évolution 2014-2019</b>	<b>3,4%</b>	<b>32%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>

Source : Drees, SAE, traitements mission

donnée par son estimation des effectifs (Graphique 1). En effet, elle a utilisé des sources complémentaires comme les emplois déclarés à la sortie d'études.

## L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS

Entre 2000 et 2015, selon un rapport de la Cour des comptes, l'effectif de manipulateurs aurait augmenté de 3,5% par an en raison de recrutements massifs à l'hôpital. Depuis, il augmenterait de 3% par an. (tableau 2)

L'enquête SAE<sup>4</sup>, évalue la progression des manipulateurs de l'ordre de 5% entre 2014 et 2019 avec une hausse de 3,4% dans le secteur public et de 1,5% dans le privé non lucratif. Elle serait de 32% dans le privé lucratif. L'IGAS reconnaît que ce dernier chiffre doit être interprété avec la plus grande prudence. Les estimations reposent sur la hausse du nombre de radiologues exerçants dans le secteur privé durant la période considérée.

Selon l'IGAS, l'évolution des effectifs de manipulateurs est liée à l'augmentation du nombre de postes de la spécialité de radiodiagnostic et d'imagerie médicale aux ECN (Graphique 2).

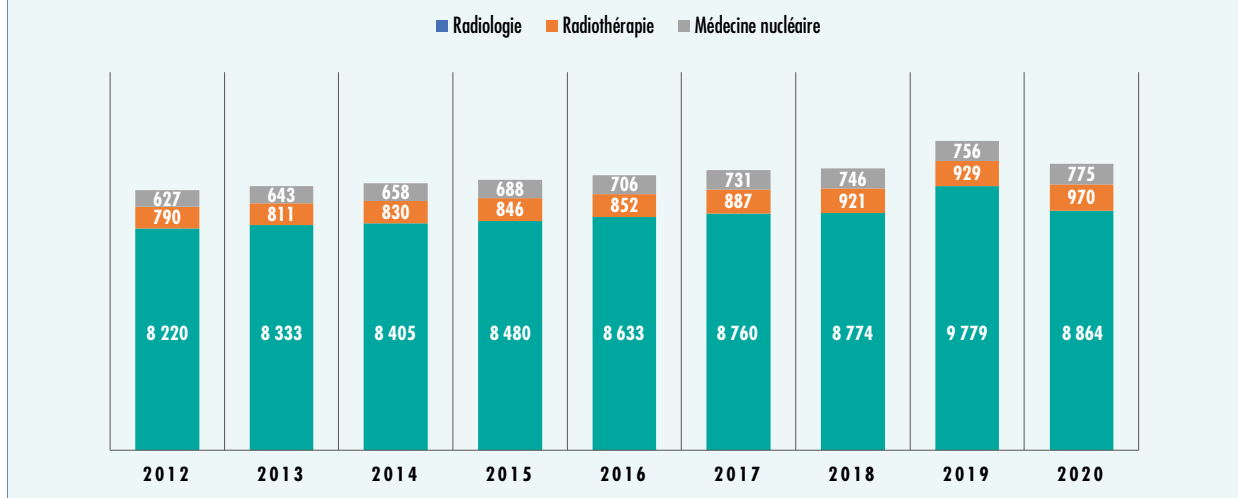
(1) Inspection Générale des Affaires Sociales.

(2) Charlotte CARVIN, Alain MEUNIER – Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer – Rapport IGAS – Février 2021.

(3) La mission a utilisé différentes sources comme les données sur les établissements de santé, une étude de branche réalisée en 2012 par l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales, la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), etc.

(4) Statistique Annuelle des Établissements.

**GRAPHIQUE 2 : EVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DANS LES DOMAINES D'INTERVENTION DES MANIPULATEURS**



**TABLEAU 3 – ÉLÉMENTS SUR LES CHOIX D'EMPLOI DES MERM À L'ISSUE DE LEUR FORMATION**

	Diplômés	Répondants	Employés	EPS	Dt APHP	ESPIC	Cabinets	% des cabinets
2018	45	40	33	23	Nc	4	6	13,33%
2019	62	52	48	29	17	5	13	20,97%

L'IGAS rappelle que les quatre conseils nationaux professionnels (CNP) des manipulateurs, de radiologie, de médecine nucléaire et d'oncologie ont saisi le ministre de la santé (1<sup>er</sup> juillet 2020) de « *la difficulté de fonctionnement des services et cabinets de radiologie, du fait d'un déficit criant de manipulateurs* » avec « un décalage depuis 2017 entre le nombre de postes à pourvoir et les professionnels disponibles ». Les Fédérations des établissements de santé signalent également une pénurie de manipulateurs. Il en résulte une forte concurrence entre les employeurs et une tendance à la hausse du niveau de rémunération.

L'IGAS attribue cette inflation salariale au secteur privé, principalement des cabinets de radiologie ayant les moyens de renchérir mais **sans en apporter la preuve**. Par ailleurs, le rapport ne semble pas prendre en compte les conditions de travail (horaires, nombre de manipulateurs par vacation, « productivité », etc.) qui vont de pair avec ces rémunérations. De plus, une étude par région aurait sans doute montré des différences sensibles en matière salariale.

**NOMBRE DE MANIPULATEURS PAR ÉQUIPEMENT**

- Scanner : 3 ETP\*
- IRM : 4 ETP\*

(\*) Équivalent Temps Plein

**LES CAUSES**

Les rapporteurs ont pourtant retenu quelques exemples régionaux sur l'orientation des diplômés. Ils notent ainsi qu'en Auvergne-Rhône Alpes 60% de la dernière promotion ont été recrutés par des établissements publics et 40% par des établissements privés ou des cabinets de radiologie. Il faut préciser que nationalement les cabinets de radiologie privés réalisent 70% de l'imagerie médicale. Pour les exemples retenus<sup>5</sup> par la mission, seules les difficultés de recrutement des hôpitaux publics sont signalées, rien concernant les établissements privés et les cabinets libéraux. L'Île-de-France est traitée à part. La mission reprend les conclusions d'une étude de l'ARS<sup>6</sup> soulignant le pourcentage de 6% de postes vacants. Mais il n'y a pas de différence entre établissements publics et privés. Les cabinets libéraux n'ont pas été interrogés. Dans ce cas, la mission conclut fort justement que *le périmètre restreint de l'enquête ne permet donc pas de comparer les vacances d'emploi de MEM entre radiologie publique et radiologie privée et les fuites éventuelles de l'une à l'autre*.

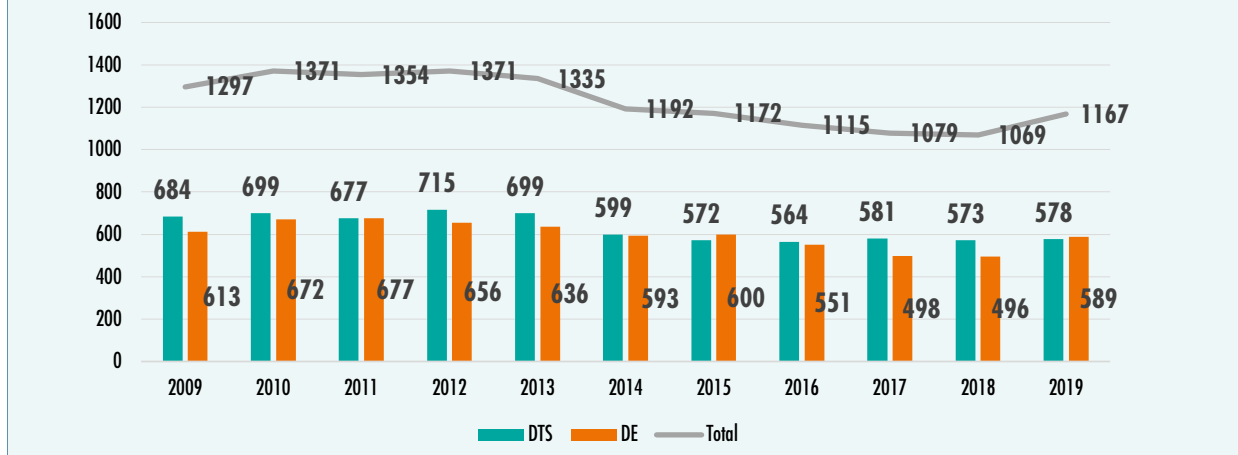
Le rapport présente aussi les résultats d'enquêtes réalisées par l'IFMEM<sup>7</sup> de l'AP-HP sur les promotions de 2018 et

(5) Centre-Val-de-Loire, PACA, Corse.

(6) Agence Régionale de Santé.

(7) Institut de Formation des Manipulateurs en Électroradiologie Médicale.

GRAPHIQUE 3 : NOMBRE D'ÉTUDIANTS INSCRITS EN 2<sup>ÈME</sup> ANNÉE DE ET DTS



2019. Elle note que sur le total des diplômés les cabinets libéraux ont doublé le nombre de manipulateurs qu'ils ont recrutés. Mais un regard plus attentif sur les chiffres révèle qu'en réalité, le nombre de diplômés ayant augmenté, les recrutements des cabinets sont seulement passés de 13,3% à 21% (Tableau 3). Enfin, en 2020, l'AP-HP recrute à elle seule 45 des nouveaux diplômés alors que les cabinets libéraux n'en recrutent que 6. Autrement dit, la cause de la fuite n'est peut-être pas là où on veut la montrer.

Plutôt que d'opposer secteurs public et privé, ne faudrait-il pas chercher la raison de ces pénuries dans la baisse du nombre de manipulateurs diplômés, ce que le rapport souligne d'ailleurs (p27) ? *À capacités de formations égales, le nombre de MEM formés a diminué significativement depuis 2011 (Graphique 3).* Dans le même temps, la demande d'imagerie a fortement augmenté en raison du développement des techniques d'imagerie, de l'élargissement des indications d'imagerie, de l'évolution de l'âge moyen de la population. La pénurie devenait inévitable. La baisse des effectifs diplômés est attribuée à la diminution du nombre d'étudiants admis en 1<sup>ère</sup> année (18% de moins entre 2011 et 2018) et à une augmentation du taux d'abandon ou d'échec des étudiants admis. Le taux de diplôme passe de 93% en 2011 à 73% en 2018.

Si d'un côté le nombre de manipulateurs diplômés arrivant sur le marché du travail a été réduit, de l'autre côté, la demande a crû en raison de l'augmentation de l'activité d'imagerie, de la hausse du nombre de scanners, d'IRM et d'équipements de médecin nucléaire ou de radiothérapie. La mission considère que le besoin de manipulateurs perdurera dans les prochaines années sauf pour la radiologie conventionnelle. C'est dans l'imagerie en coupe que les effectifs devront augmenter le plus fortement dans

la mesure où le parc d'IRM est appelé à se développer du fait de l'élargissement des indications notamment en cancérologie. La mission a relevé les délais d'accès à l'IRM (environ 30 jours) et le retard en matière d'équipement pris par la France, au 10<sup>ème</sup> rang européen. Elle demande que la politique d'autorisations d'équipements tienne compte des conséquences sur le marché de l'emploi des manipulateurs.

Anticipant bizarrement la réforme en cours des autorisations, elle s'inquiète de ce que leur transformation en autorisation d'activités de soins pourrait provoquer, à savoir une hausse sensible du nombre d'appareils avec un impact sur les effectifs de manipulateurs. Le développement de la radiologie interventionnelle fera aussi pression sur le marché du travail.

Le rapport souligne qu'il ne faut pas attendre des évolutions technologiques en imagerie médicale une substitution du travail humain par la machine susceptible de diminuer significativement les besoins futurs de MEM. Il précise que *si les progrès de l'imagerie en coupes permettent une acquisition plus rapide des images et une augmentation des cadences d'examen, les temps de préparation des examens, d'information et d'accompagnement d'un nombre croissant de patients demeureront.* On pourrait ajouter qu'il en est de même pour le temps radiologue de lecture des images.

## 26 RECOMMANDATIONS

La mission conclut que la pénurie actuelle, ainsi que les prévisions de croissance de la demande de travail dans les prochaines années, justifient d'augmenter le nombre de MEM formés. Ce qui l'amène à formuler 26 recommandations pour augmenter les effectifs et renforcer l'attractivité de la profession (Tableau 4).

## RECOMMANDATION N° 19

Procéder dans le cadre de l'évaluation des dispositifs de coopération territoriale en imagerie, à un bilan annuel de la situation d'emploi des MEM, à charge pour l'établissement support dans les GHT et pour la gouvernance du GCS des PIMM d'en réunir les données, de les communiquer à l'ARS et d'engager une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences de MEM.

Bien peu de ces recommandations concernent directement le secteur privé et les cabinets libéraux. Le rapport de l'IGAS reste dans une logique centrée principalement sur l'hôpital alors que, rappelons-le encore une fois, 70% de l'imagerie sont réalisés en secteur privé.

Sur ce point, la proposition 19 relative aux GHT<sup>8</sup> et aux PIMM<sup>9</sup> révèle une certaine ambiguïté. Après un long développement sur les GHT, elle aborde la question des PIMM. Il est symptomatique que les PIMM soient traités dans la même proposition que les GHT. Ceux-ci ne concernent que les établissements publics alors que les PIMM ont été conçus pour permettre la coopération entre secteurs public et privé même s'ils sont souvent détournés de leur objet premier.

La mission note que les PIMM, qui n'ont pas la personnalité morale, peuvent se constituer en GCS<sup>10</sup> ce qui permet la mise à disposition, avec leur accord, des manipulateurs de la fonction publique hospitalière. Mais les manipulateurs ne pourront pas bénéficier de dérogation aux rémunérations statutaires. Ce qui, indique la mission, *constitue une interrogation et potentiellement une difficulté si dans un contexte d'inégalités de rémunérations entre public et privés, sont associés dans le PIMM des MEM avec un*

*profil de poste identique et des rémunérations différentes.* Problème, si un établissement public participe avec un établissement privé ou un cabinet libéral à un PIMM, le GCS sera de droit public ce qui réduit considérablement son intérêt pour le secteur privé. Il faut également tenir compte non pas seulement des éventuelles différences de salaires mais aussi de l'ensemble des conditions de travail des manipulateurs issus du public ou du privé. Enfin, il est à noter que le rapport a été élaboré avant que les mesures du Ségur de la santé soient mises en œuvre y compris les revalorisations salariales dont celles en faveur des manipulateurs exerçant à l'hôpital.

La recherche de solutions pour améliorer l'attractivité de la profession de manipulateurs est légitime mais elle ne doit pas se faire au détriment du secteur privé qui serait pointé du doigt comme responsable d'une pénurie démographique. En réalité, les passages du rapport de l'IGAS relatifs à l'évolution des effectifs dans les centres de formation montrent bien que le principal problème est celui de la baisse des effectifs sortant des écoles.

Une politique visant principalement à « attirer » les nouveaux diplômés vers le secteur public au détriment du secteur privé ne répondrait pas aux besoins en imagerie de la population. Les patients doivent rester au centre de l'organisation de l'offre d'imagerie médicale y compris quand il s'agit des évolutions démographiques des manipulateurs comme celle des radiologues ou encore des équipements. ●

(8) Groupement Hospitalier de Territoire.

(9) Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée.

(10) Groupement de Coopération Sanitaire.

TABLEAU 4 - LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>AUGMENTER LES EFFECTIFS EN FORMATION ET MIEUX SUIVRE LA DÉMOGRAPHIE DE LA PROFESSION</b>				
1	Intégrer une augmentation de 10% des effectifs de MEM dès la rentrée 2021 dans le plan de développement des formations paramédicales issu du Ségur de la santé et du plan de relance.	1	Conseils régionaux, ministères en charge de la santé, de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur	Rentrée 2021
2	Conduire des états des lieux régionaux des besoins et de l'offre de formation pour répartir l'effort d'augmentation des capacités entre les régions et entre les centres de formation.	2	Conseils régionaux, ARS et rectorats	Premier semestre 2021
3	Entretien des viviers de recrutement diversifiés par des actions de communication et d'orientation, le développement de la promotion professionnelle et la création de passerelles avec les autres filières de formation en santé.	2	Conseils régionaux, opérateurs de formation	Dès à présent
4	Maintenir ou rétablir l'indemnisation des stages des étudiants des sections IMRT, lui appliquer la revalorisation prévue par le Ségur de la santé et modifier les textes régissant le DTS pour aligner le droit sur la pratique.	2	Ministère en charge de la santé, ARS et ministère en charge de l'enseignement supérieur	Premier semestre 2021

(Suite du tableau page 16) >>>

(Suite de la page 15)

**TABLEAU 4 - LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS**

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
5	Mobiliser les représentants des employeurs autour du développement de l'offre de stages.	2	ARS	Rentrée 2021
6	Intégrer les MEM dans le processus organisé et régulier de suivi des besoins en formation et de la démographie réservé aujourd'hui aux professions « à quota ».	1	DGOS	Annuelle
7	Développer un pilotage régional commun région/agence régionale de santé/rectorat de l'offre de formation, en prenant en compte la globalité de l'offre (DTS) inclus et en assurant un suivi régulier de la démographie des MEM en lien avec les besoins de l'offre de soins.	1	Conseils régionaux, ARS et rectorats	Annuelle
8	Engager rapidement une démarche de fiabilisation du répertoire Adeli, et a minima, accompagner la diffusion des données qui en sont issues des avertissements et recommandations nécessaires à leur utilisation.	1	Drees et ARS	202
9	Développer l'exploitation des sources statistiques disponibles sur les salariés des cabinets libéraux.	3	Drees	2022
10	Mettre à disposition en ligne, avec les données sur les IFMEM, les données disponibles sur les étudiants des DTS IMRT, en collaboration avec le SIES.	2	Drees	Rentrée 2021
11	Organiser une remontée fiable et la diffusion des données sur le nombre de diplômés de DTS IMRT délivrés par les recteurs.	2	Ministères en charge de l'Éducation nationale et de l'enseignements supérieur	2022
<b>UNE ATTRACTIVITÉ À RENFORCER, DES PARCOURS À CONSTRUIRE ET UNE PROFESSION À UNIVERSITARISER</b>				
12	Améliorer les conditions de reprise d'ancienneté des services accomplis avant la parution du décret de 2017 en les alignant sur celles prévues pour les infirmiers pour les services accomplis avant la parution de leur décret statutaire de 2010.	2	DGOS	2022
13	Supprimer la différence de rémunération avec les infirmiers de soins généraux, liée à la prime Veil, dans le cadre de la refonte du régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière.	2	DGOS	2022
14	Mettre en œuvre la prime d'engagement dans la carrière hospitalière pour les MEM dans les régions où les tensions sont les plus fortes.	2	DGOS	2022
15	Mettre en œuvre le contrat d'engagement de service public (CESP) ou encourager, en fonction des priorités régionales et des besoins des établissements, une contractualisation entre les ARS et les établissements pour un accompagnement financier du recours aux allocations d'études.	2	DGOS, ARS	Rentrée 2021
16	Optimiser la durée du temps de chevauchement quotidien entre les équipes de jour et valoriser son contenu par des missions transversales confiées aux MEM.	3	Établissements de santé	2022
17	Engager les établissements à construire, au moyen d'une fiche de méthode synthétique à élaborer au niveau national, des maquettes organisationnelles pour utiliser au mieux leurs effectifs de MEM et en prévoir les évolutions en lien avec celles des plateaux techniques d'imagerie.	2	DGOS, ANAP, établissements de santé	2022
18	Constituer un pool de MEM recrutés à titre permanent et prioritairement dédié aux remplacements des absences de courte durée.	2	Établissements de santé	Variable selon les établissements
19	Procéder dans le cadre de l'évaluation des dispositifs de coopération territoriale en imagerie, à un bilan annuel de la situation d'emploi des MEM, à charge pour l'établissement support dans les GHT et pour la gouvernance du GCS des PIMM d'en réunir les données, de les communiquer à l'ARS et d'engager une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences de MEM.	2	ARS, GHT, PIMM	2022
20	Clarifier le cadre juridique de l'acquisition d'images en échographie par les MEM.	1	DGOS	2021
21	Achever la reconnaissance du métier de dosimétriste comme voie de spécialisation des MEM indépendamment de la réflexion sur la création d'une pratique avancée en radiothérapie.	1	DGOS	2021
22	Engager avec les sociétés savantes et les professionnels de l'imagerie une démarche d'identification et de construction de pratiques avancées ou de spécialités pour les MEM.	2	DGOS	2021
23	Mettre en place une évaluation du fonctionnement des formations de MEM et des conditions de délivrance des diplômes suite à la réingénierie en 2012.	2	MEN, MESRI et DGOS	2021
24	Lever les freins juridiques et soutenir le projet d'intégration de la section IMRT de Strasbourg à l'université.	1	MEN et MESRI	2021
25	Relancer le chantier de diplôme unique pour en faire un levier d'intégration entre les deux réseaux de formation et de rapprochement avec l'université.	2	MESRI et DGOS	2021
26	Construire la recherche paramédicale dans une logique interprofessionnelle et intégrer des chercheurs issus de la filière MEM dans les nouvelles sections du CNU.	2	MESRI	2021-2022



# Le BNC 2019 des radiologues au 11<sup>ème</sup> rang des spécialistes



**Wilfrid VINCENT**  
Délégué général de la FNMR.

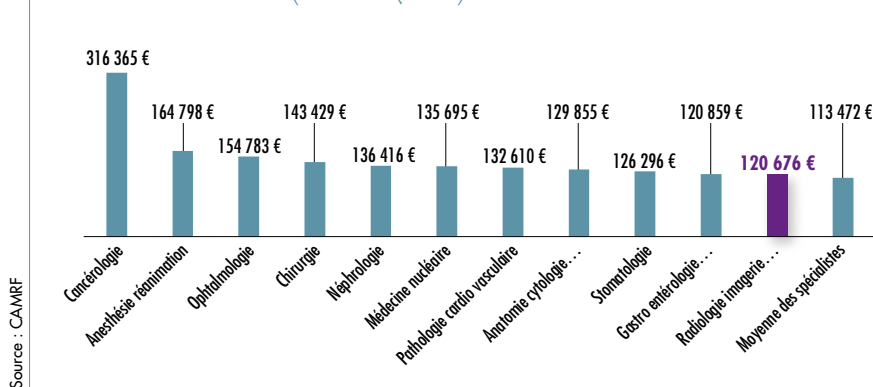
La publication annuelle des Bénéfices Non Commerciaux (BNC) des médecins libéraux pour 2019 bat en brèche l'idée reçue de médecins radiologues en haut de l'échelle des revenus. Selon la CARMF<sup>1</sup>, le revenu moyen des médecins libéraux, pour 2019, s'établit à 92 910 €. Il est de 77 417 € pour les généralistes et de 113 472 € pour les spécialistes. Le BNC moyen des médecins radiologues est au 11<sup>ème</sup> rang des spécialistes avec 120 676 € (Graphique 1).

Le Bénéfice Non Commercial moyen des 104 623 médecins libéraux est de 92 910 € pour l'année 2019 en hausse de 0,1%. L'écart entre les revenus des médecins de secteur 1 (86 080 €) et ceux du secteur 2 (117 058 €) qui s'était creusé l'année précédente, avec une hausse sensible en secteur 2, se réduit mais reste de 36%. Pour 2019, le revenu moyen du secteur 1 progresse légèrement de 0,87%, celui du secteur 2 baisse de -1,88%.

## MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le BNC moyen des généralistes est de 77 417 € en hausse de 2,51%. En secteur 1, il est de 77 761 € et en secteur 2 de 70 764 €, soit un écart de 9%.

**BNC MOYEN 2019 - (GRAPHIQUE 1)**



Source : CARMF

## MÉDECINS SPÉCIALISTES

Le BNC moyen des spécialistes est de 113 472 €. Il a reculé pour les 2 secteurs, de -1,68% à 105 090 € pour le secteur 1, de -2,63% à 123 810 € pour le secteur 2 et de -2,05% pour l'ensemble des spécialistes. L'écart entre les deux secteurs est quasiment stable par rapport aux années précédentes (18%).

La hiérarchie des BNC des spécialistes est identique à l'année précédente avec seulement une permutation entre la chirurgie qui passe de la 5<sup>ème</sup> à la 4<sup>ème</sup> place et la néphrologie (Tableau 1). La radiologie passe, elle, de la 10<sup>ème</sup> à la 11<sup>ème</sup> place.

**TABLEAU 1 - POSITION DANS L'ÉCHELLE DES REVENUS BNC**

	2017	2018	2019
Cancérologie	1	1	1
Anesthésie réanimation	2	2	2
Ophthalmologie	3	3	3
Chirurgie	5	4	4
Néphrologie	4	5	5

Parmi les cinq spécialités ayant enregistré les plus fortes hausses de revenus en 2019, seule la cancérologie figurait déjà dans le top 5 de 2018 et de 2017. L'hématologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gériatrie et la neurologie ont été remplacées par l'allergologie, la médecine biologique, l'endocrinologue et la médecine vasculaire (Tableau 2 page XX).

Les cinq spécialités ayant subi les plus fortes baisses en 2018 ne sont plus dans ce tableau en 2019. Il s'agissait de la médecine biologique, la rhumatologie, l'allergologie, la radiologie

(1) Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

**TABLEAU 2 - BNC : LES 5 PLUS FORTES HAUSSES EN 2019 SECTEURS 1 ET 2 EN %**

Cancérologie	6,03%
Allergologie	4,74%
Médecine biologique	3,63%
Endocrinologie et métabolisme	3,44%
Médecine vasculaire	3,13%

**TABLEAU 3 - BNC : LES 5 PLUS FORTES BAISSSES EN 2019 SECTEURS 1 ET 2 – EN %**

Gériatrie	-5,25%
Gynécologie médicale	-5,33%
Anesthésie réanimation	-6,35%
Neurologie	-7,38%
Médecine interne	-16,53%

...> et la médecine générale. Elles sont remplacées par la gériatrie, la gynécologie médicale, l’anesthésie-réanimation, la neurologie et la médecine interne avec la plus forte baisse avec -16,53% (Tableau 3).

### MÉDECINS RADIOLOGUES

L’effectif des radiologues subit pour la deuxième année consécutive une baisse de 2% en 2019 (-3,8% en 2017). La baisse est plus nette en secteur 1 avec un recul de -2,5% contre -0,8% en secteur 2. En 2018, le secteur 1 avait subi une baisse de -6% alors que le secteur 2 voyait ses effectifs augmenter de 9,7%.

Le BNC moyen des radiologues baisse de 124 142 € en 2018 à 120 676 € en 2019, soit -2,79%. Comme l’année précédente, les médecins des deux secteurs sont touchés avec une baisse de -2,7% à 119 676 € en secteur 1 et -3,27% en secteur 2 à 125 609 €.

L’écart de revenus entre les deux secteurs s’est encore réduit passant de 6% en 2018 à 5% en 2019. ●

### ÉVOLUTION DES BÉNÉFICES NON COMMERCIAUX PAR SPÉCIALITÉ (CARMF)

BNC 2019	Secteur 1		Secteur 2		Total secteurs 1 et 2		Évolution BNC 2019/2018		
	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen	Nombre	BNC moyen	Secteur 1	Secteur 2	Sect. 1 + Sect. 2
Ensemble médecins libéraux	81558	86080	23065	117623	104623	92910	0,87%	-1,88%	0,11%
Médecine générale	56731	77761	2936	70764	59667	77417	2,56%	0,71%	2,51%
<b>Moyenne des spécialistes</b>	<b>24 827</b>	<b>105 090</b>	<b>20 129</b>	<b>123 810</b>	<b>44 956</b>	<b>113 472</b>	<b>-1,68%</b>	<b>-2,63%</b>	<b>-2,05%</b>
Cancérologie	357	338 855	88	225 130	445	316 365	7,60%	2,34%	6,03%
Anesthésie réanimation	1 386	140 477	1 345	189 860	2 731	164 798	-9,79%	-3,80%	-6,35%
Ophthalmologie	1 677	121 974	1 985	182 501	3 662	154 783	-2,91%	-2,65%	-2,90%
Chirurgie	1 118	105 575	4 254	153 377	5 372	143 429	-4,02%	-3,16%	-3,31%
Néphrologie	386	140 667	22	61 831	408	136 416	-4,77%	-3,18%	-4,92%
Médecine nucléaire	287	133 297	23	165 613	310	135 695	-4,31%	15,76%	-2,77%
Pathologie cardio vasculaire	3 131	133 202	946	130 649	4 077	132 610	0,55%	-1,17%	0,15%
Anatomie cytologie pathologiques	265	131 639	64	122 472	329	129 855	-0,29%	-5,17%	-1,24%
Stomatologie	221	120 996	108	137 140	329	126 296	0,12%	-3,24%	-1,17%
Gastro entérologie hépatologie	966	115 188	704	128 640	1 670	120 859	-1,00%	-3,28%	-1,85%
<b>Radiologie imagerie médicale</b>	<b>3 112</b>	<b>119 676</b>	<b>631</b>	<b>125 609</b>	<b>3 743</b>	<b>120 676</b>	<b>-2,70%</b>	<b>-3,27%</b>	<b>-2,79%</b>
Médecine vasculaire	168	118 146	55	91 660	223	111 614	3,57%	1,89%	3,13%



**SCP P. FLORIMOND – Ph. PIGREE – L. ANCEL – F. FISSOLO**  
 Huissiers de Justice associés – 1 bis Rue Jean Jaurès BP 90666  
 97335 CAYENNE CEDEX  
 Tél. : 05 94 28 81 30 – Fax : 05 94 28 81 31  
 Compte bancaire CDC CAYENNE – R7040031000010000202683G67

## VENTE AUX ENCHERES PUBLIQUES DE PARTS SOCIALES

Le mercredi 23 juin 2021 à 9h00

**Dans les locaux de la SCP FLORIMOND-PIGREE-ANCEL-FISSOLO, Huissiers de Justice Associés,  
 1 Bis rue Jean Jaurès à CAYENNE (97300)**

### IL SERA PROCÉDÉ À LA VENTE DE :

- 1. 33% des parts sociales de la selarl imagerie médicale amazonienne, numérotées de 28 à 53, société immatriculée au rcs de cayenne sous le numéro 451 216 832, en un seul lot.  
 Mise a prix : cent soixante mille euros (160 000 euros) ;
- 2. 33% des parts sociales de la selarl imagerie médicale de baduel, soit 2 000 parts non numérotées, société immatriculée au rcs de cayenne sous le numero 799 333 026, en un seul lot. Mise à prix : cent sept mille euros (107 000 euros).

### CONDITION DE VENTE :

- paiement comptant ;
- frais 11, 90% sur le montant de l'adjudication ;
- consignation obligatoire de mille euros (1 000 euros).

**CAHIER DES CHARGES CONSULTABLE A L'ETUDE AUX HEURES D'OUVERTURE  
 RENSEIGNEMENTS : 06 94 26 37 78 – [hdj.guyane.fpa@wanadoo.fr](mailto:hdj.guyane.fpa@wanadoo.fr)**



Publi-rédactionnel

## LES CINQ ERREURS A EVITER LORS DE LA MISE EN PLACE DU LABEL LABELIX

Les centres d'imagerie médicale doivent formaliser l'organisation de leur structure afin d'assurer les exigences en matière de radioprotection (décision ASN n° 2019-DC-0660). Cette obligation peut s'inscrire dans le cadre d'une démarche qualité volontaire telle que la mise en place du référentiel LABELIX. Mais quelles sont les cinq erreurs à éviter pour mener à bien cette démarche ?

- **1. Se lancer dans la démarche sans avoir établi un diagnostic préalable.** Celui-ci doit être réalisé par une personne compétente qui doit aboutir à l'élaboration d'un plan d'actions. Ensuite, il faut identifier les grandes étapes du projet et tenir informés les acteurs de l'avancement du projet. C'est une démarche qui doit être dynamique pour que chacun puisse en voir les effets et son intérêt.
- **2. Ne pas identifier les ressources humaines nécessaires.** Il faut confier ces responsabilités aux différents acteurs de la mise en place de la démarche qualité, en commençant par le responsable qualité, le conseiller en radioprotection, les responsables processus, les animateurs qualité ...
- **3. Ne pas informer et impliquer la direction de façon efficace.** Cette démarche, c'est son idée, elle en est le moteur et doit fournir les moyens de sa réalisation mais à condition de lui en faire prendre conscience.
- **4. Croire que la mise en place d'un système qualité se résume à la mise en place d'un système documentaire.** La documentation doit être dimensionnée aux besoins du centre d'imagerie médicale. Si le système documentaire est trop lourd avec différents niveaux pour obtenir une information alors il est inefficace. Par exemple, le manuel qualité ne doit pas être une copie du référentiel LABELIX mais un réel outil de communication interne et externe.
- **5. S'enfermer dans son bureau.** Au contraire, il ne faut pas hésiter à aller vers les équipes pour recueillir leur expérience, leur savoir-faire et les éléments à mettre en place pour assurer une démarche d'amélioration continue.

N'hésitez pas à faire appel à des cabinets conseil pour vous accompagner. Voir [www.labelix.fr](http://www.labelix.fr)

Mathilde AUGEREAU - CQS

**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](mailto: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](mailto:info@labelix.org)**

# Intelligence artificielle et radiologie



© iStock



## FORMATEURS :

**Pr Stéphanie Allassonnière,**  
Professeur de mathématiques  
appliquées

**M<sup>e</sup> Nesrine Benyahia,**  
Docteur en droit

**M<sup>e</sup> David Gruson,**  
Docteur en droit

**Dr Nor-Eddine Regnard,**  
Médecin radiologue libéral

## ENSEIGNEMENT EN LIGNE ET ÉLIGIBLE AU DPC

1. Connaître la mise en œuvre pratique, les aspects techniques, légaux et réglementaires de l'intelligence artificielle ;
2. Connaître les principaux cas d'usages en radiologie ;
3. Comprendre comment l'IA va changer la manière de travailler du radiologue ;
4. Apprendre à avoir un regard critique sur les applications d'IA en radiologie.

**Tarif médecin radiologue en libéral :** formation éligible au DPC, en fonction de votre enveloppe ANDPC seule la somme de 40 € pour les frais de dossiers d'enregistrement DPC est à votre charge (adhérent FNMR : 20 €).

**Tarif médecin radiologue salarié des hôpitaux :** formation éligible au DPC, les frais d'inscription sont de 449 € (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus).

Renseignements et INSCRIPTIONS  
Tél : 01 53 59 34 02 - [www.forcomed.fr/contact](http://www.forcomed.fr/contact)

[forcomed.fr](http://forcomed.fr) | [f](#) | [t](#) | [in](#)

 **FORCOMED**

LA RÉFÉRENCE DES FORMATIONS  
EN RADIOLOGIE