

Le Médecin Radiologue de France

Juillet 2021

446

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

**LES RADIOLOGUES
LIBÉRAUX :
démographie,
activité, honoraires...**



/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org

En partenariat avec la



t il
s'offrit la
qui
sécurisa ses
déplacements
professionnels

Financez à crédit ou en LOA* votre véhicule neuf ou d'occasion
acheté à un concessionnaire ou un particulier :

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

Et en plus, découvrez une large sélection de véhicules neufs
jusqu'à 35 % de réduction sur clubauto-macsf.com

Un crédit vous engage et doit être remboursé.
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

PUBLICITÉ

Démographie radiologique : les limites d'un système ?



Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR

De nombreux organismes (DREES, CNOM, ONDPS¹) publient régulièrement des études sur l'évolution de la démographie des professions de santé.

À côté de ces rapports prospectifs, il nous a semblé indispensable d'analyser **la situation actuelle de notre spécialité afin de faire un état des lieux.**

De ce regard découle, bien évidemment, la qualité de la prise en charge de nos patients.

Les différents auteurs s'accordent de façon unanime à considérer que tous les territoires français se transforment en déserts radiologiques.

Les délais d'obtention des rendez-vous de TOUS les examens s'allongent partout. Si ceci est criant depuis longtemps pour l'imagerie en coupe, déjà pénalisée par les restrictions d'autorisations, on voit maintenant des temps d'attente augmentés pour la radiologie conventionnelle et l'échographie.

Cette situation pénalise, en plus, le dépistage du cancer du sein fondamental pour les femmes françaises.

Cette baisse de la démographie, aussi bien dans le secteur

libéral qu'hospitalier, entraîne la **prolifération de solutions de téléradiologie** souvent source d'une baisse de la qualité de la prise en charge des patients et d'une augmentation d'exams inutiles, contraire aux règles de la pertinence.

En plus de la baisse de la démographie médicale radiologique **s'ajoute celle des manipulateurs.** Celle-ci, dans certains territoires est si importante que des autorisations d'imagerie en coupe sont refusées pour manque de personnel pour faire fonctionner les installations. C'est un comble !

La réforme engagée visant à « **supprimer** » le **numerus clausus** n'est que de la poudre aux yeux. Le nombre de places allouées est fonction des capacités d'accueil des facultés. Or, celles-ci ont toutes été reconstruites au plus fort de numerus clausus et sont donc incapables d'accueillir plus d'étudiants que ce qui était prévu avant cette pseudo réforme. Et nous ne parlerons pas de tous les autres problèmes d'organisation auxquels sont confrontés les étudiants depuis deux ans.

Peut-on donc conclure que **l'organisation étatique de la baisse de la démographie radiologique** depuis quarante ans a nui à la qualité de la prise en charge de nos patients ? Je vous en laisse juge...

1. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Conseil National de l'Ordre des médecins, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

SOMMAIRE – JUILLET 2021 # 446

ACTUALITÉS P. 4

LES RADIOLOGUES

Les radiologues libéraux.....	P.5
Une fracture sanitaire, économique et sociale !.....	P.8
Un défi qui concerne chaque médecin !.....	P.11
« Je n'ai jamais regretté mon choix ! »	P.14
Accueillir des internes en libéral.....	P.16
Stage en libéral	P.17
Un sentiment d'utilité !.....	P.19
La radiologie, un métier passion.....	P.21
Démographie médicale radiologique : propositions d'avenir pour notre spécialité.....	P.23
La démographie. Vision de l'avenir, rôle du CERF et solutions à proposer.....	P.25

Les internes sont les radiologues libéraux de demain Partenariat FNMR-UNIR	P.27
La démographie. Vision des Jeunes Radiologues, UNIR ..	P.28
La gestion de la pénurie nécessite des réformes structurelles !.....	P.29
Nous sommes sur la bonne voie !	P.32

RADIOPROTECTION

ALERTE.....	P.34
-------------	------

URPS 2021 ÉLECTIONS BUREAUX P.36

PETITES ANNONCES P.39

FNMR FORCOMED FERMETURE AOÛT P.10

Annonceurs : MACSF p.2 ; CMPS p.13 ; FORCOMED p.40

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 2^e trimestre 2021 • ISSN 1631-1914

Délégations de compétences aux manipulateurs

Révision de la CCAM

CCAM
Classification Commune
Des Actes Médicaux

La révision de la CCAM est prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Une première étape est franchie avec la création officielle par décret (J.O. du 23 avril 2021) du Haut Conseil des nomenclatures qui sera chargé de définir la procédure de mise à jour de la CCAM. Le Haut Conseil sera composé de cinq médecins libéraux et cinq médecins hospitaliers. Son président et son vice-président seront un hospitalier et un libéral en alternance. Deux personnes qualifiées le compléteront.

ONDAM : dépassement de 9,6 Md€

Pour le comité d'alerte, il y a un risque « très significatif » de dépassement des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2021 d'un montant de 9,6 Md€. La provision initiale constituée de 4,3 Md€ pour faire face aux dépenses engendrées par la crise du Covid-19 est insuffisante alors qu'un dépassement supplémentaire est évalué à 9 Md€ portant le total des dépenses exceptionnelles à 13,4 Md€.

JFR 2021

Les Journées Francophones de la Radiologie seront de retour en présentiel cette année, du 8 au 11 octobre 2021 au Palais des Congrès. **La FNMR et FORCOMED seront présents dans le congrès.**



Parution au Journal Officiel du 30/05/2021 de **3 protocoles de coopération entre les médecins radiologues, nucléaires ou vasculaires et les manipulateurs** (voir sur le site FNMR).

Deux protocoles permettent aux manipulateurs, formés à l'échographie et exerçant au minimum 50% de leur temps de travail dans ce domaine, de réaliser des actes d'échographies abdomino-pelviennes adultes et abdomino-pelviennes pédiatriques, superficielles et vasculaires (échographie bidimensionnelle et doppler), à l'exception des échographies cardiaques et obstétricales.

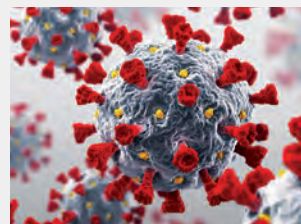


Le 3^e protocole concerne l'acquisition des images et signaux et la réalisation des mesures lors des examens d'exploration vasculaire non vulnérante. Il implique la vérification systématique et obligatoire

de chaque examen pour chaque patient par le médecin délégant.

Une déclaration à l'Agence Régionale de Santé (ARS) est obligatoire pour mettre en place ces protocoles.

Rapport sur la gestion de la crise du Covid



En juin 2020, le président de la République confiait au Pr Pitet le soin d'évaluer la gestion de la crise du Covid-19 et l'anticipation des risques pandémiques.

Le rapport a été remis au mois de mai. Il fait 40 propositions, en voici 3 exemples :

- Un opérateur unique pour gérer les stocks stratégiques et les opérations logistiques
- Définir un dispositif (type plan blanc) dédié aux soins de ville
- Renforcer le réseau Sentinelles en intégrant la biologie et l'imagerie

Le rapport est disponible sur le site www.fnmr.org

Mort pour le service de la République

La création d'une mention « mort pour le service de la République », annoncée par le président de la République, pour honorer les agents publics décédés dans des circonstances exceptionnelles,

comme la crise du Covid, au service du bien commun a été étendue par l'Assemblée nationale à toutes les personnes, quel que soit leur statut.

Outre la dimension honorifique, cette mention permet d'accorder aux enfants des personnes « mort pour le service de la République » la qualité de pupille de la Nation.



Covid-19 et inégalités dans le dépistage du cancer du sein



Aux États-Unis, la crise du Covid a provoqué des baisses de dépistage du cancer du sein parmi les femmes faisant parti des groupes ethniques minoritaires, des zones rurales ou à statut social défavorisé.

Une étude conduite dans l'État de Washington a montré que le dépistage a chuté de 49% en 2020 pendant la période épidémique en comparaison de 2019. Le dépistage a chuté de 64% pour les femmes hispaniques, de 61% pour les femmes indiennes américaines et natives de l'Alaska, de 56% pour les femmes métisses, 54% pour les natives d'Hawaï, les asiatiques et les femmes noires.

En comparaison, la baisse pour les femmes blanches n'était « que » de 49%. Les mêmes disparités ont creusé les écarts au détriment des femmes en zones rurales ou de statut socio-économique inférieur.

(JAMA Network open – Auteurs : O. Amram, J. Robison, S. Amiri *et al.*)



Les radiologues libéraux

Nous présentons dans cet article des données nationales relatives à la démographie, au mode d'exercice, à l'activité, et aux honoraires des médecins radiologues libéraux. Vous trouverez sur le site de la FNMR (www.fnmr.org – espace adhérent), une étude comparable au niveau régional.

LES EFFECTIFS¹

Les médecins radiologues libéraux sont au nombre de 5383 dont 116 Outre-Mer. Les radiologues ne constituent que 10% de l'effectif de l'ensemble des spécialistes au nombre de 55 192. Avec les généralistes, ce sont au total 114 092 médecins qui exercent en France en 2018 (Graphique 1 et tableau 1).

La densité moyenne des radiologues est de 8 radiologues pour 100 000 habitants (8,13 en métropole et 5,3 Outre-Mer). Pour l'ensemble des médecins, elle est de 169 et pour les spécialistes de 81 (Tableau 2).



Graphique 1 - Répartition généralistes / spécialistes

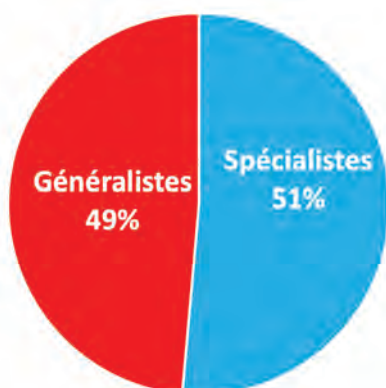


Tableau 1 - Nombre et pourcentage de médecins selon la spécialité – 2018

	France Métropolitaine	Outre-Mer	France entière	France Métropolitaine	Outre-Mer	France entière
Généralistes	57 280	1 620	58 900	51%	61%	52%
Spécialistes	54 153	1 039	55 192	49%	39%	48%
Tous médecins	111 433	2 659	114 092			

Tableau 2 - Densité médicale pour 100 000 habitants

	France Métropolitaine	Outre-Mer	France entière
Généralistes	88,4	74,3	87,9
Spécialistes	82,6	47,5	81,4
Tous médecins	171	121,8	169,4

Les données utilisées dans cet article sont issues des fichiers Amos (Assurance maladie offre de soins) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Elles recensent l'activité libérale des médecins qui donne lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie. Tous les médecins recensés dans ces statistiques ne sont donc pas des libéraux purs.

1. Sauf mention contraire, les données sont à jour au 31 décembre 2018.



LE MODE D'EXERCICE

Plus des trois-quarts des radiologues (77%) exercent exclusivement en libéral. 8% des radiologues exercent aussi à l'hôpital, 5% ont une activité salariée et 9% un secteur privé à l'hôpital (Graphique 2). Cette répartition entre différents modes d'exercice est très proche de celle de l'ensemble des médecins : 80% en libéral exclusif, avec activité à l'hôpital 8%, avec activité salariée 7%, avec secteur privé à l'hôpital 4%.

En Outre-Mer, les radiologues ont quasiment tous une activité exclusivement libérale (93%), mais 3% sont aussi salariés, 2% travaillent aussi à l'hôpital et 2% ont un secteur privé à l'hôpital.

LE SECTEUR CONVENTIONNEL

Les radiologues sont plus nombreux que l'ensemble des médecins à être conventionnés en secteur 1 (78,2% contre 73,1%). Les autres sont en secteur 2, aucun n'est hors convention.

ÂGE ET SEXE

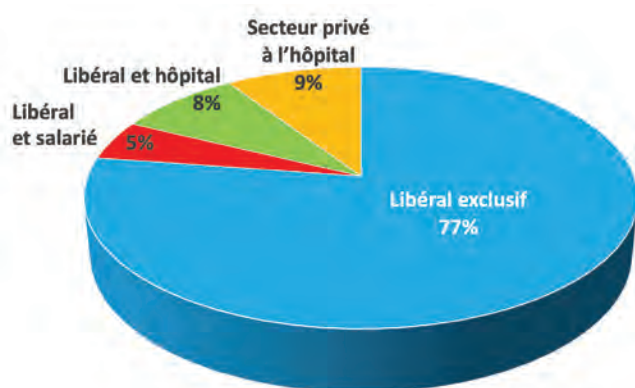
Plus des deux-tiers (70%) des radiologues sont des hommes contre 63% pour l'ensemble des médecins (Graphique 3).

L'âge moyen des radiologues est de 54 ans, identique à l'ensemble des médecins.

Les hommes radiologues ont une année de moins que l'ensemble des médecins (54 contre 55 ans) alors que les femmes radiologues ont une année de plus (51 contre 50 ans).

Pour les moins de 35 ans, les femmes radiologues sont moins nombreuses (2,5%) que dans l'ensemble des médecins (10,6%). Ce qui peut s'expliquer d'une part par la durée des études et d'autre part par les délais d'installation en radiologie (Tableaux 3 et 4).

Graphique 2 - Mode d'exercice des radiologues libéraux - France 2018



Graphique 3 - Répartition par tranche d'âge

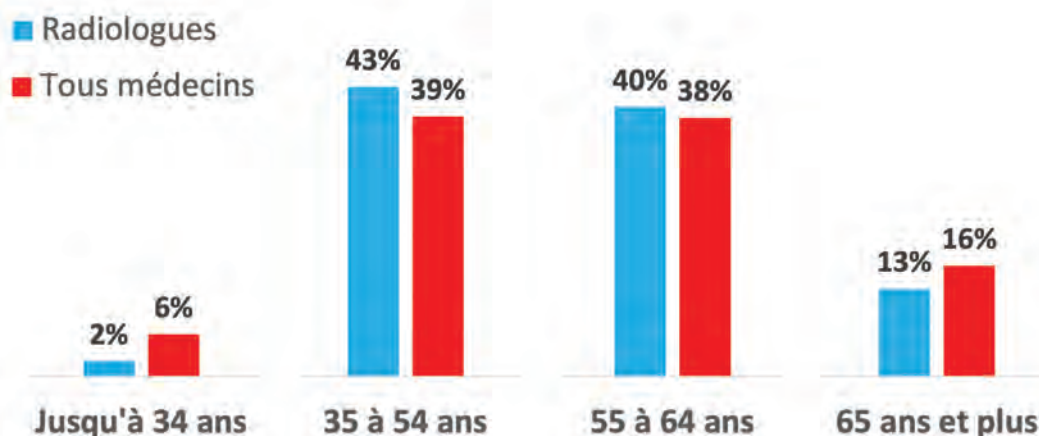


Tableau 3 - Radiologues : répartition par tranche d'âge - 2018

		Jusqu'à 34 ans	35 à 54 ans	55 à 64 ans	65 ans et plus
Hommes	70%	2,22%	36%	44%	17%
Femmes	30%	2,45%	59%	32%	5%
Total		2,28%	43%	40%	13%

Tableau 4 - Tous médecins : répartition par tranche d'âge - 2018

		Jusqu'à 34 ans	35 à 54 ans	55 à 64 ans	65 ans et plus
Hommes	63%	3,85%	32,99%	41,97	20,89%
Femmes	37%	10,60%	48,06%	32,23%	8,89%
Total		6,35%	38,57%	38,36%	16,45%

ACTIVITÉ DES MÉDECINS APE²

Les statistiques recensent 45 millions d'actes d'imagerie réalisés par les 3883 médecins radiologues APE dont 12 millions (27%) d'échographie (27%) et 33 millions hors échographie (73%).

Les radiologues réalisent également 147 352 consultations. Les résultats sont quasi-identiques en Outre-Mer avec 30% d'échographies (322 000 actes) et 70% d'actes hors imagerie (732 000 actes). Les 89 radiologues installés dans les DOM effectuent 7 600 consultations.

En métropole, les radiologues APE réalisent en moyenne 11 578 actes et 11 849 en Outre-Mer.

APE

Un professionnel de santé est dit actif à part entière (APE) lorsqu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il exerce son activité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée dans un cadre conventionné avec l'Assurance Maladie. Les médecins salariés de l'hôpital (dits hospitaliers à temps plein ou HTP) qui exercent une activité libérale complémentaire au sein de l'hôpital (consultations privées) sont exclus du champ des APE.

LES HONORAIRES³

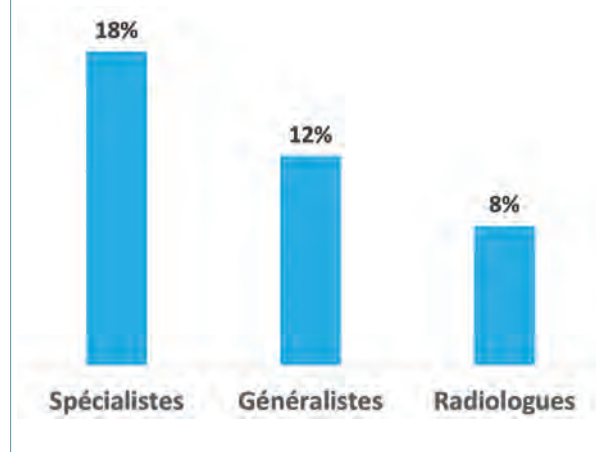
Le total des honoraires par radiologue APE est en moyenne de 585 317 euros dont 50 186 € de dépassement, soit 8% en moyenne en métropole.

En Outre-Mer, le montant moyen des honoraires est quasi-identique à 585 915 € mais avec un taux de dépassement, bien inférieur, de 2% pour un montant de 12 395 €.

Il est à noter que les dépassements pratiqués par les radiologues (9%) sont très inférieurs à la moyenne des dépassements de l'ensemble des spécialistes (18%) ainsi que des généralistes (12%) (Graphique 4).

Cela montre que beaucoup de radiologues en secteur 2 appliquent en fait les tarifs du secteur 1, sans dépassement.

Graphique 4 - Honoraires : taux de dépassement



LA PATIENTÈLE

La patientèle des radiologues est de 8 163 en métropole et de 8 153 en Outre-Mer.

Le nombre d'actes réalisés par patient est en moyenne de 2 en métropole comme en Outre-Mer.

Les honoraires moyens par patient sont de 71 € en métropole et de 75 € en Outre-Mer. ■

Wilfrid VINCENT

Délégué général de la FNMR



2. APE : Médecins libéraux Actifs à Part Entière

3. Il s'agit bien des honoraires, et non des revenus. Les charges ne sont pas décomptées.

Une fracture sanitaire, économique et sociale !

Selon Dominique Dhumeaux, les ruraux sont les premières victimes de la crise de la démographie médicale. Il attend des mesures radicales pour gérer au mieux la pénurie, quitte à user de la contrainte ou de l'obligation.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

L'image de la bombe à retardement est probablement la plus parlante. Le phénomène a pris une tournure irréversible. Rien ne pourra plus l'arrêter. La situation va se dégrader, et de plus en plus vite. Les communes rurales ne sont plus les seules victimes de la pénurie médicale. Le littoral et les grandes agglomérations ne font plus recette. Malgré son attractivité supposée, l'Île-de-France est aujourd'hui le premier désert médical du pays. Le cadre de vie n'est plus un argument suffisant pour fidéliser les jeunes médecins.

> Quelles sont les causes de ce phénomène ?

Le sujet n'a pas été pris au sérieux par les pouvoirs publics. En dépit des signaux d'alerte, les décisions sont tombées trop tardivement. La suppression du numerus clausus est une bonne nouvelle, mais le temps de la formation demeure incompressible. Aussi pertinente soit-elle, cette mesure n'aura aucun impact à court terme. Le gouvernement en place n'est pas responsable de ce désastre, pas plus que le précédent. Nous payons actuellement les choix

politiques de ces trente dernières années. Le nombre de nouveaux entrants ne permet pas de compenser les départs en retraite. La tendance ne devrait pas s'inverser avant huit à dix ans, comme nous le confiait récemment Olivier Véran (voir encadré p. 9).

> Quelles sont les conséquences pour les patients ?

Les difficultés d'accès aux soins se traduisent par des retards de prise en charge, souvent préjudiciables aux patients. La perte de chance ne se résume pas à ce seul aspect. Les carences observées dans de nombreuses spécialités médicales perturbent également le bon fonctionnement des chaînes de premier secours, dans un contexte de fermeture des services d'urgence. Les incidents cardiaques, les accidents de la route ou les problèmes familiaux sont moins bien traités.

> Quels sont les principaux manques constatés dans le secteur de la radiologie libérale ?

La répartition de l'offre radiologique est très inégale sur l'ensemble du territoire. La réduction des délais de rendez-vous doit être considérée comme une priorité absolue. Les pouvoirs publics doivent rapidement densifier les équipements lourds dans les zones déficitaires. Il faudra naturellement former davantage de radiologues et de manipulateurs pour les faire fonctionner.

> En quoi les territoires ruraux sont-ils particulièrement exposés ?

Dans la Sarthe, un habitant sur cinq n'a plus de médecin traitant. Les patients doivent souvent attendre plusieurs mois pour décrocher un rendez-vous avec un spécialiste. La question de l'accès aux soins est aujourd'hui la première préoccupation des ruraux. Six millions de personnes vivent à plus de trente minutes d'un service d'urgence. Les trois quarts d'entre eux habitent en milieu rural. La différence





entre la ville et la campagne devient flagrante. Les inégalités sanitaires, économiques et sociales se creusent dangereusement.

> À quel point ?

Il y a une corrélation directe entre l'accès aux soins et l'espérance de vie, dont la courbe s'effondre en milieu rural. Dans une étude thématique, l'AMRF pointe une différence de vingt-quatre mois entre les ruraux et les citadins. La situation s'aggrave continuellement depuis trente ans, avec une accélération notable au cours des cinq dernières années. Les fondements de notre égalité républicaine sont directement remis en cause. Dix millions de personnes vivent dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à la moyenne nationale. L'heure est à l'urgence.

> Comment les élus locaux font-ils face à cette problématique ?

Conscients des attentes de la population, les départements et les régions sont pleinement mobilisés. L'emploi et l'accès aux soins sont d'ailleurs les deux grands thèmes des élections régionales, loin devant la crise sanitaire. Les déserts médicaux questionnent notre modèle de société. Le gouvernement doit déclarer une véritable mobilisation générale. État, collectivités, professionnels de santé... Il doit en appeler à la responsabilité de tous.

SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS : L'AMRF FORMULE CINQ PROPOSITIONS CONCRÈTES... ET URGENTES

Le 31 mars dernier, les principaux représentants de l'AMRF ont rencontré Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé. Les difficultés d'accès aux soins en zone rurale étaient naturellement au centre de la discussion. Augmentation du renoncement aux soins, démographie médicale en berne, écarts d'espérance de vie grandissants, temps d'accès aux urgences et aux hôpitaux, difficultés relationnelles avec les agences régionales de santé... Ils ont pu exposer librement les nombreux obstacles rencontrés par des millions de Français. À cette occasion, l'AMRF a notamment formulé cinq propositions concrètes et urgentes : faire de l'égalité d'accès aux soins une urgence prioritaire ; réassurer le système des urgences ; renforcer le champ d'intervention des professionnels de santé non-médecins ; accompagner le développement de la télémédecine en zone rurale ; assurer une meilleure représentation des élus ruraux au sein des ARS¹ et des CTS².

1. Agence régionale de santé – ARS. 2. Contrat territorial de santé – CTS.

> La réforme de l'organisation territoriale des soins vous paraît-elle suffisante ?

Le plan « Ma Santé 2022 » trace des perspectives intéressantes, notamment en matière de coordination des soins, mais la stratégie repose essentiellement sur l'émergence des structures collectives. Elle ne règle pas le principal problème auquel nous sommes tous confrontés, à savoir le manque de médecins libéraux. Le développement de l'exercice pluriprofessionnel relève de la politique des rustines. Ce n'est pas une solution viable.

« 5,4 millions de Français n'ont plus de médecin traitant ! La grande majorité d'entre eux vit en zone rurale. »

> La télémédecine peut-elle être une solution viable ?

La télémédecine n'est pas un remède miracle. Tous les actes médicaux ne pourront pas être dématérialisés. Les patients sont également très attachés au colloque singulier. Cette pratique pourrait par ailleurs générer des dérives mercantiles. Plusieurs opérateurs spécialisés tentent de s'approprier un « marché » qui ne doit surtout pas être considéré comme tel. Ils pourraient perturber la lecture des besoins réels. Ils pourraient surtout damer le pion aux futurs médecins, actuellement en formation. Cette déshumanisation de la médecine n'est pas souhaitable, au-delà des risques liés à l'aliénation de l'homme par la machine.

> Quelles sont vos propositions pour lutter efficacement contre les déserts médicaux ?

Une meilleure répartition des ressources médicales s'impose. Une chose est sûre : les incitations financières ont démontré leurs limites. Il faut donc envisager des solutions plus radicales, quitte à sacrifier la liberté d'installation. Dans l'intérêt général, il conviendrait d'imposer des astreintes dans des zones déficitaires, au moins de manière temporaire. La mesure sera sans doute très impopulaire auprès des syndicats médicaux, farouchement opposés à toute forme de coercition, mais la situation exige un certain courage politique.

> Les élus locaux doivent-ils davantage participer à la décision sanitaire ?

C'est une évolution incontournable, en partie prévue par



la loi 4D¹. La décision sanitaire doit s'inscrire dans un processus démocratique plus large qui englobe les élus locaux, les professionnels de santé et les associations de patients. Il ne s'agit pas de prendre la place des ARS² ni de réduire leur champ d'influence, mais bien d'être davantage consultés, en particulier sur les problématiques relatives à l'accès aux soins. Notre fine connaissance du territoire devrait être mieux exploitée. Il nous appartient désormais d'imaginer des instances de coordination et de décision communes.

NB : Dominique Dhumeaux est maire de Fercé-sur-Sarthe, une commune de 600 habitants située à 25 km du Mans.

1. Projet de loi 4D déconcentration, décentralisation, différenciation, décomplexification – Mai 2021.
2. Agence régionale de santé – ARS.
3. Association des maires ruraux de France – AMRF.

> Avez-vous vocation à financer des projets de santé ?

Les collectivités le font déjà... presque par défaut. Ce n'est pourtant pas leur vocation première. Cette prise de participation pourrait s'avérer contre-productive, surtout si elle venait à croître dans le temps. Ce pourrait notamment être un facteur d'inégalité supplémentaire, en fonction des moyens financiers déployés d'un territoire à l'autre. Le financement de l'offre de soins fait partie des compétences régaliennes de l'État. Les choses doivent rester ainsi. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Dominique DHUMEAUX

Premier Vice-Président de l'AMRF³, en charge de la santé et de l'accès aux soins



© Hugo Guillemain



FNMR – FORCOMED
Les bureaux de la FNMR et de FORCOMED seront fermés
du lundi 2 août au mercredi 25 août 2021

168A rue de Grenelle – 75007 Paris
Tél. 01 53 59 34 00
www.fnmr.org



Un défi qui concerne chaque médecin !

Jean-Charles Leclerc pose un regard lucide sur la crise de la démographie médicale. Conscient des enjeux, il s'implique personnellement dans le renouvellement générationnel, notamment par le biais de la maîtrise de stage universitaire.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

Aucun territoire n'est épargné par la pénurie de médecins, y compris les plus « attractifs » d'entre eux. Les difficultés sont particulièrement prégnantes dans le Grand Est. La radiologie ne déroge pas à la règle. Les délais de rendez-vous augmentent inexorablement, malgré la hausse des examens réalisés et des équipements installés. Le facteur humain fait toujours défaut. Nous manquons cruellement de personnels qualifiés pour faire fonctionner les machines. La problématique ne concerne pas uniquement le secteur libéral. L'AP-HP¹ a été récemment contrainte de fermer des IRM, faute de manipulateurs en électroradiologie.

> Quels sont les besoins prioritaires de la profession ?

Les radiologues libéraux ne sont pas les plus mal lotis. Les effectifs sont stables, voire en légère baisse. La jauge ne remontera pas avant plusieurs années, du moins pas avant cinq ans. D'ici là, les départs à la retraite vont s'amplifier dans un contexte où le nombre d'examen progresse inévitablement, en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population. Dans sa dimension démographique, le progrès technologique ne jouera pas forcément en notre faveur. Indispensable, le développement de la radiologie interventionnelle sera néanmoins chronophage.

> Quelles sont les principales conséquences pour les patients ?

La prolifération des déserts médicaux se traduit par des pertes de chance, en grande partie évitables. En radiologie, le report de certains examens peut avoir des conséquences dramatiques. Dans la plupart des cancers, la détection précoce des tumeurs est une condition sine qua non pour maximiser les perspectives de guérison, voire de survie. À tout le moins, le diagnostic précoce optimise le succès du traitement mis en place. L'accès aux soins doit être considéré comme une véritable priorité de santé publique.

> Quel regard portez-vous sur la réforme de l'accès aux soins ?

Il sera très difficile de régler la problématique des déserts médicaux à court terme. Malgré la suppression du numerus clausus, nous sommes toujours tributaires du calendrier de la formation. Nous devons encore patienter une dizaine d'années pour bénéficier pleinement des premiers effets de cette mesure. À l'image de l'intelligence artificielle, les nouvelles technologies vont nous permettre de gagner en temps et en efficacité, mais elles ne résoudront pas tous nos problèmes. La délégation des tâches non plus. Nous serons tenus de contrôler et de valider le travail effectué par des tiers.

> Quid de la coordination des soins ?

La promotion des structures collectives ne concerne pas les radiologues. Pour des raisons économiques et stratégiques, nous n'avons aucun intérêt à rejoindre une MSP² ou une CPTS³. L'interprofessionnalité ne constitue pas une révolution en soi. Les radiologues libéraux sont déjà rompus aux exigences de la pluridisciplinarité et du travail en équipe. Nous disposons tous d'un réseau de correspondants en ville et à l'hôpital. Nous sommes parfaitement intégrés dans les cliniques privées. Il nous arrive même d'animer des services entiers dans de nombreux établissements de santé.

> C'est-à-dire ?

Avec mes associés, nous réalisons la quasi-totalité des vacations du CH de Saint-Dizier. Nous assurons également huit gardes sur dix. Faute de radiologues hospitaliers, nous avons repris le service dans l'intérêt de la population. Ce n'est pas un exemple isolé. L'exercice mixte est une pratique courante dans notre discipline médicale. Dans

1. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – AP-HP.

2. Maison de santé pluriprofessionnelle – MSP.

3. Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS.



un contexte de pénurie, les liens entre la ville et l'hôpital doivent être impérativement renforcés, y compris avec le secteur public. Nous venons d'ailleurs de déposer un dossier pour bénéficier d'un assistant partagé avec le CHU de Reims. La réponse de l'ARS³, que nous espérons positive, ne devrait plus tarder.

> Quelles solutions proposez-vous pour lutter efficacement contre les déserts médicaux ?

Les jeunes médecins ont des attentes spécifiques, dont il faudra tenir compte. La qualité de l'exercice professionnel, la technicité des équipements et la pertinence du projet médical seront des arguments décisifs, en particulier dans les zones sous-dotées. La profession détient une partie de la solution. Nous devons faciliter leur intégration dans nos structures, quitte à proposer des offres « à la carte ». Nous devons nous montrer convaincants, notamment sur le plan financier. Nous devons aussi mieux faire connaître notre activité. Les possibilités offertes par l'entreprise médicale libérale sont très largement sous-estimées.

> Quelles sont-elles ?

La souplesse organisationnelle permet de moduler son emploi du temps à sa guise. Le partage d'expérience enrichit la pratique. La force du groupe permet également d'investir dans des équipements spécialisés. Nous bénéficions d'une totale liberté de choix et d'une réelle indépendance de décision vis-à-vis de nos patients. Les radiologues libéraux interviennent à toutes les étapes du parcours de soins, en ville comme à l'hôpital. Ce sont les référents du diagnostic médical.

> Pour quelles raisons l'exercice libéral est-il globalement méconnu des étudiants ?

Faute d'une information claire et objective, les étudiants ont des idées préconçues sur l'activité libérale. Ceux qui ont franchi le cap peuvent en témoigner. Les stagiaires ne se contentent pas d'interpréter des images. Ils sont en situation de responsabilité, au contact direct des patients. Ils participent à la décision médicale, à l'annonce des résultats et à la rédaction du compte rendu, sous la supervision d'un radiologue chevronné. Ils sont pleinement impliqués dans le processus de soins. Cela étant dit, le manque de connaissance et le prestige de l'hôpital public n'expliquent pas tout.

4. Agence régionale de santé – ARS.

DELTA IMAGERIE MÉDICALE EN BREF...

Delta Imagerie Médicale est un groupement de neuf centres d'imagerie, répartis à Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Saint-Dizier, Bar-le-Duc et Verdun. Il abrite vingt radiologues libéraux et un médecin vasculaire. Il emploie également plus de quatre-vingts salariés (manipulateurs en électroradiologie, techniciens, secrétaires...). Le groupe réalise tous les examens de radiologie conventionnelle, de scanner et d'imagerie à résonance magnétique. Il pratique aussi la radiologie interventionnelle. Il accueille 170 000 patients chaque année.

> Quelles sont les autres explications ?

Les réticences du monde hospitalo-universitaire sont un véritable obstacle. Les établissements de santé craignent une évaporation des ressources médicales, raison pour laquelle ils se sont largement mobilisés contre la proposition d'autoriser les remplacements dans le secteur libéral avant la fin du troisième cycle. Cette levée de boucliers n'a pas de sens. La sécurité des soins n'aurait pas été menacée. Nous y aurions veillé. C'est une attitude totalement contre-productive, en particulier dans la situation actuelle.

> Comment développer cette pratique dans ces conditions ?

Il faut inscrire la maîtrise de stage dans la maquette de l'internat. Les étudiants devraient avoir la possibilité, sinon l'obligation, de réaliser au moins un stage en libéral durant leur cursus. Six mois sur cinq ans, ce n'est pas une perte de temps. C'est une expérience enrichissante qui peut orienter leur choix de carrière. Sans cela, ils n'auront pas une vision juste de la discipline, du métier et de l'exercice. Une chose est sûre : le développement de la maîtrise de stage universitaire sera l'un des principaux leviers du renouvellement générationnel.

> Pour quelles raisons ?

C'est un moyen simple et efficace de favoriser les remplacements et les nouvelles installations. Nous maintenons généralement des liens étroits avec nos anciens internes qui peuvent parfois déboucher sur des opportunités professionnelles. Preuve par l'exemple, notre groupe a récemment recruté une radiologue compétente qui cherchait à s'installer... par le biais d'un remplacement. Ses



compétences nous ont permis de développer de nouvelles activités (voir l'entretien du Dr Laurine Monteau ci-après). Je me suis lancé dans la maîtrise de stage il y a six ans. J'ai déjà accueilli 21 internes. Je n'ai jamais eu à le regretter. Eux non plus.

> **Quels sont les principaux enjeux du renouvellement générationnel ?**

La profession doit prendre son destin en main. En l'absence de repreneur, certains cabinets et certaines parts sont revendus à des fonds de pension ou à des sociétés de télé-radiologie. La tendance au regroupement semble inéluctable dans notre secteur, mais il nous faut absolu-

ment éviter de suivre le modèle de la biologie médicale, dont la réforme s'est soldée par une financiarisation de la discipline et une perte de l'indépendance professionnelle. Nous devons impérativement garder la maîtrise de notre outil de travail, en recrutant nous-mêmes nos propres successeurs. Le renouvellement générationnel est un défi qui concerne chaque médecin. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Dr Jean-Charles LECLERC
Secrétaire général de la FNMR,
Radiologue à Saint-Dizier



On soigne mieux
l'esprit libre

Crédit Mutuel
Professions de Santé

10 rue de Caumartin – 75009 Paris
Tél. : 01 56 75 64 30
Courriel : 06120@creditmutuel.fr



« Je n'ai jamais regretté mon choix ! »

Laureline Monteau s'est récemment installée dans un cabinet de radiologie libérale. Elle détaille les différentes raisons qui l'ont poussée à exercer dans le secteur privé. Témoignage.

> L'exercice libéral était-il votre premier choix ?

Rien ne me prédestinait initialement à exercer dans le secteur libéral. L'hôpital public a toujours été mon premier choix. Pluridisciplinaire par essence, le travail d'équipe est facilité par un accès privilégié aux différentes spécialités regroupées dans un même établissement. La transmission du savoir est aussi plus fluide dans un milieu universitaire. Ces deux caractéristiques correspondaient à ma représentation de la médecine. Nouvelle dans la région, je me suis mis en tête d'effectuer des remplacements dans différents types de structures. Je me suis tout d'abord orientée vers le CH de Bar-le-Duc. L'expérience n'a pas vraiment été concluante.

> C'est-à-dire ?

Cette zone étant délaissée par les radiologues, le manque de ressources médicales ne permettait pas au service de s'organiser et de se développer. Une activité spécialisée en radiologie était difficile à mettre en place. La charge administrative aurait également eu un impact majeur sur ma pratique. Les conditions proposées ne m'ont pas convaincue, y compris sur le plan salarial. J'ai donc cherché une autre solution.

> Laquelle ?

Je me suis ouverte à d'autres horizons. Pendant près de deux ans, j'ai réalisé des remplacements dans le public et dans le privé. J'ai eu l'occasion de découvrir une autre forme d'exercice, à la fois riche et diversifiée. Une proposition concrète m'a été faite dans un cabinet de radiologie libérale, où j'avais pris mes habitudes. Je n'ai pas pu la refuser.

> Pour quelles raisons cette « offre » vous a-t-elle convaincue ?

J'ai été confortée dans mon choix par l'expérience vécue, au contact d'une équipe dynamique et très compétente. J'ai obtenu une rémunération attractive. J'ai surtout eu la garantie de pouvoir pratiquer mes deux surspécialités : l'imagerie ostéo-articulaire et l'imagerie de la femme. J'ai

aussi été « recrutée » pour ça. Le potentiel de développement de l'activité aura été un critère déterminant dans ma décision, tout comme la possibilité de travailler avec des internes. La transmission du savoir est un sujet qui me tient particulièrement à cœur.

> Avez-vous bénéficié d'un quelconque soutien de la part de vos (futurs) associés ?

Une première installation est toujours une étape délicate. Ils ont tout fait pour faciliter mon intégration, notamment sur le plan administratif et fiscal. Sans un soutien approprié, comme celui dont j'ai pu bénéficier, certains ne vont pas plus loin. Nous ne sommes pas formés pour effectuer ce type de démarche. L'entrepreneuriat ne s'improvise pas. Il faut être bien conseillé. C'est d'ailleurs l'une des forces des cabinets de groupe.

> Quels sont les principaux atouts de l'exercice groupé ?

La liberté de choix, l'indépendance de décision, la souplesse organisationnelle, le partage d'expérience, la capacité d'investissement... Les atouts de l'exercice groupé sont nombreux. Le plus souvent, la gestion des tâches administratives est assurée par des fonctions dédiées. Les médecins font de la médecine. Ils sont au contact direct des patients, avec lesquels ils entretiennent des rapports privilégiés. Ils peuvent également développer de nouvelles activités pour répondre à la demande de soins. Ce sont des spécificités globalement méconnues des étudiants.

> Pour quelles raisons ?

Les possibilités de stage en médecine libérale sont quasiment inexistantes. La nécessité de pourvoir les postes au sein de l'hôpital public en fait un terrain de stage plus approprié. La dimension hospitalo-universitaire y est également pour quelque chose. Il y a un temps dédié à la formation et au contrôle de la formation. Dans certains territoires, les besoins médicaux priment sur le choix de l'étudiant. En Bretagne, les stagiaires sont automatiquement



envoyés dans les CH. La question ne se pose même pas.

> La maîtrise de stage libérale peut-elle populariser ce mode d'exercice auprès des internes ?

Ce serait une façon efficace de mieux faire connaître l'exercice libéral, mais aussi de fournir des ressources supplémentaires, notamment par le biais du remplacement. A tout le moins, ce serait un moyen d'éclairer la décision des étudiants. Ils pourraient choisir leur future orientation professionnelle en connaissance de cause. Vu de l'extérieur, le monde de la médecine libérale peut parfois paraître effrayant pour un interne. L'intégration d'un stage en cabinet libéral dans le cursus de l'internat pourrait leur donner une vision plus exhaustive et dédramatisée des différents types d'exercice de la radiologie.

> Faut-il rendre ces stages obligatoires en ville ?

Non, mais il faudrait peut-être offrir cette possibilité aux étudiants. Il ne s'agit pas uniquement d'un problème réglementaire. Les structures privées devront également se mettre au diapason. Les radiologues libéraux devront effectuer les démarches nécessaires. Ils devront surtout dégager du temps pour s'occuper de leurs étudiants, ce qui n'est pas toujours possible au regard de la charge de travail. Le compagnonnage est une activité chronophage. L'expérience doit être bénéfique pour tous. D'autres manques devront également être comblés durant notre formation initiale.

> Lesquels ?

L'entrepreneuriat médical est devenu une composante essentielle de la médecine moderne. De plus en plus de médecins feront la navette entre le secteur public et le secteur privé, au gré des besoins et de leurs envies. Les étudiants ne disposent pas des bases administratives, comptables, fiscales et juridiques nécessaires pour gérer une entreprise ni même pour monter un projet de santé. Les risques professionnels mériteraient également un éclairage particulier, notamment en ce qui concerne la responsabilité civile.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

Le manque de médecins disponibles se solde par des retards de diagnostic et de prise en charge, y compris dans

le domaine de la radiologie, où les délais de rendez-vous ont tendance à s'allonger. La suppression du numerus clausus est plutôt une bonne nouvelle. Cette réforme va permettre de former davantage de médecins, mais nous devons encore patienter une dizaine d'années avant l'arrivée de nouveaux renforts. En attendant, il nous faudra apprendre à gérer la pénurie. Indispensables, les autorisations supplémentaires de matériel lourd ne changeront pas radicalement la donne. Nous n'aurons pas assez de radiologues, de manipulateurs et de techniciens pour faire fonctionner les machines.

> Quelles solutions proposez-vous pour lutter efficacement contre les déserts médicaux ?

Il faut impérativement renforcer les moyens humains, techniques et financiers pour réduire les pertes de chance des patients. Un renforcement des mesures incitatives encouragerait probablement l'installation des jeunes médecins, en particulier dans les zones sous-dotées. Au-delà des aides pécuniaires, les exonérations fiscales sont une piste à creuser. Une chose est sûre : la coercition n'est pas une alternative viable. La profession ne doit pas faire les frais de décisions politiques. Il conviendra de mieux réguler l'offre médicale, notamment entre la ville et l'hôpital.

> Quelles sont les évolutions souhaitables dans ce domaine ?

La promotion de l'exercice mixte présente de nombreux avantages, aujourd'hui sous-exploités. Médecine publique et médecine libérale ne s'opposent pas, elles se complètent. Plus largement, l'hôpital devra se recentrer sur ses missions prioritaires, à savoir les soins lourds, complexes et urgents. La ville devra absorber le reste de la demande, y compris dans sa dimension technique. Cette évolution suppose de mieux équilibrer les ressources matérielles et humaines, mais aussi de favoriser les passerelles et les synergies entre les deux univers du soin. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Dr Laureline MONTEAU
Radiologue à Bar-le-Duc



Accueillir des internes en libéral

Depuis novembre 2018, nous accueillons au sein de notre SELAS¹ d'imagerie médicale PRIM, à Reims, un ou deux internes du CHU chaque semestre.

Dès 2016, nous avons réfléchi à ce partenariat avec les jeunes médecins, et nous avons entériné cette décision unanimement en réunion de cabinet en novembre 2017. Ce projet a été accepté d'emblée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'autorisation a été délivrée quatre mois après le dépôt de notre dossier. Nous avons obtenu cette année deux autres agréments, également sans aucune réticence de l'ARS qui soutient notre projet. **Le poste a été pourvu dès sa création, preuve de l'engagement également du côté des internes** pour cette nouvelle expérience.

L'accueil au sein de notre structure, a été facilitée par une structuration administrative qui accompagne l'interne dans ses démarches.

Cette idée de collaboration est née à la fois du désir des internes de pouvoir découvrir le versant libéral de l'imagerie médicale, la gestion de l'entreprise, l'organisation médicale, les pathologies de ville ; et de l'envie des associés, de transmettre leurs connaissances, de pouvoir « se mettre à la page » avec la jeune génération et de créer un lien avec celle-ci.

Nous accueillons plutôt des internes avancés dans leur cursus, car ce choix de stage est fortement plébiscité, proposant une version « sécuritaire » de ce que nous apprenions auparavant en remplacement (portant alors la responsabilité médico-légale de notre vacation).

On note d'ailleurs une diminution des remplacements libéraux effectués au cours de l'internat, ceux-ci étant actuellement réalisés essentiellement par des post-internat (CCA², PHC³ ou activité de remplaçant à temps plein).

Avant leur prise de fonction au sein de notre cabinet, la cellule planning (composée de radiologues référents et d'une secrétaire de direction) rencontre chaque nouvel interne, pour élaborer avec lui un plan de stage « sur mesure », lui permettant de participer activement à la

structuration de sa formation, pour mieux nous adapter à ses desiderata, à ses aspirations et à ses contraintes organisationnelles (notamment les gardes sur le CHU qu'ils continuent de réaliser).

Les internes viennent découvrir le mode de fonctionnement en libéral, la charge de travail que nous avons à gérer au quotidien avec un volume d'activité relativement important et notre optimisation organisationnelle, la gestion du personnel sur le terrain, nos capacités d'adaptation en temps réel.

Les internes ont également envie de découvrir des spécialités difficiles d'accès ou qu'ils ne peuvent pas pratiquer au CHU à Reims.

La taille de notre groupe nous permet une surspécialisation, nous orientons ainsi le planning des internes de manière privilégiée avec certains associés en fonction de leur souhait de spécialité.

Tous les radiologues associés ont accepté ce partenariat, mais il existe des réticences pour certains concernant l'activité de sénologie compte tenu surtout de la nudité des patientes, et parfois, de la charge émotionnelle de celles-ci.

Le junior apprécie la proximité de l'encadrement, notre structure et notre organisation nous permettent effectivement, de mettre à sa disposition sa propre console, dans la même pièce que le senior qui le prend en charge.

« Le dialogue intergénérationnel et inter-hospitalo-libéral qui s'établit ainsi apparaît essentiel »

Ainsi, au sein de notre groupe rémois, pourvu d'équipements complets, souvent différents de ceux qu'ils ont l'habitude d'utiliser à l'hôpital, ils ont accès :

- À la sénologie diagnostique, avec mammographes équipés en tomosynthèse, et interventionnelle, microbiopsies, macrobiopsies sous échographie et sous stéréotaxie, pose de clips ou d'hameçons pré-opératoires sur nos vacations en clinique.
- À l'imagerie ostéo-articulaire diagnostique et thérapeutique spécialisée, avec des vacations IRM ou échographiques quasiment dédiées, des infiltrations diverses sous

1. Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée
2. Chef de Clinique Adjoint
3. Praticien Hospitalier Contractuel

échographie, sous radiologie ou sous scanner, des PRP⁴.
 • À un large éventail de radiologie interventionnelle (qui intéresse de plus en plus la jeune génération de radiologues, surpris de découvrir la réalisation de ces actes en activité libérale) avec des vacations dédiées au bloc opératoire (embolisation diverses, cimentoplastie, drainages, etc.).

Nous positionnons également toujours les internes sur des sites multipostes, que ce soit en cabinet ou en clinique, ce qui leur permet de voir l'ensemble des dossiers intéressants du jour, et ainsi de « rentabiliser » leur présence.

Nous réalisons aussi des petits « meetings » conviviaux improvisés autour du café ou de la pause méridienne que nous ne manquons pas de partager avec eux, relatant des dossiers cliniques intéressants, des problèmes orga-

nisationnels, mais également de notre mode de vie plus personnel, les plongeant dans notre quotidien.

Les internes de radiologie sont ainsi fortement motivés pour passer six mois immergés dans la « vraie vie » du radiologue libéral, découvrant les multiples facettes de notre activité, la surspécialisation en libéral (avec des correspondants aussi pointus qu'au CHU), la vie entrepreneuriale (notamment la gestion des ressources humaines), la confraternité et souvent même, l'amitié au sein du groupe des associés.

Le dialogue intergénérationnel et inter-hospitalo-libéral qui s'établit ainsi apparaît essentiel, voire indispensable, pour faire avancer notre profession dans sa globalité et permettre de guider les plus jeunes dans leurs futurs choix de carrière. ■

4. Platelet Rich Plasma

Dr Alexandra COUPEAU
 Vice-Présidente de la FNMR
 Radiologue à Reims



Stage en libéral

À nos yeux, la possibilité de réaliser un stage en radiologie libérale représente une réelle opportunité. En France, les médecins radiologues font le choix très majoritaire de l'exercice libéral et force est de constater que la majorité des internes ne travailleront donc pas à l'hôpital à l'issue de leur formation. Les activités hospitalières et libérales, bien que complé-

mentaires, diffèrent sur de nombreux points : organisation, rythme, relation médecin-patient, par exemple. C'est une réelle opportunité que d'y être confronté au cours de notre formation. La connaissance de ces distinctions nous permet de mieux orienter le choix de notre pratique future.

Actuellement, certains pans de la radiologie ne sont plus pratiqués au sein des centres hospitalo-universitaires ou ne bénéficient pas d'un recrutement suffisant pour assurer un enseignement complet. Dans notre cas, il s'agit par exemple de la sénologie et de l'imagerie ostéo-articulaire. L'accès au secteur privé nous permet donc de combler ce manque. De même, la radiographie standard, les gestes infiltratifs et arthrographiques y sont beaucoup plus développés.

L'enseignement que nous retirons de ce stage est dépendant de notre implication. Le nombre considérable d'examens





« L'existence de stages au sein de structures de radiologie libérale s'avère être une grande chance pour la formation des internes tant sur le plan humain, technique, que médical. »

réalisés par jour et la grande disponibilité des radiologues, nous offrent la possibilité d'un apprentissage accéléré. Une grande concentration est nécessaire pour jouir pleinement de ce stage. Notre rôle est très réduit en comparaison aux attentes qui reposent sur nous dans le secteur hospitalier et ainsi notre temps est pleinement dédié à l'étude des images, la lecture des comptes rendus et l'approfondissement des dossiers.

Nous avons reçu un accueil chaleureux et personnalisé. Notre arrivée avait été annoncée à l'avance à l'ensemble des praticiens et des équipes. Bien qu'il s'agisse d'un stage transversal –chaque radiologue ayant ses domaines de prédilection– il nous a été demandé nos préférences pour s'adapter au mieux à notre niveau et nos attentes en termes d'initiation ou d'approfondissement.

Face à la longueur et la complexité des études médicales, l'interaction avec un grand nombre de praticiens enrichit nos perspectives. En effet, chaque approche, chaque type d'activité, chaque personne que nous rencontrons, nous permet de construire le médecin que nous souhaitons être.

L'activité libérale est similaire en de nombreux points au secteur hospitalier mais elle est optimisée. Du parcours patient au choix des logiciels d'interprétation et de dictée vocale les plus intuitifs, rien n'est laissé au hasard. L'enjeu financier de cette optimisation ne peut être nié mais, au-

delà de celui-ci, le confort du patient et l'ergonomie du radiologue en sont grandement améliorés.

En conclusion, l'existence de stages au sein de structures de radiologie s'avère être une grande chance pour la formation des internes tant sur le plan humain, technique que médical. Cette pratique, loin de fragiliser le secteur hospitalier, s'avère complémentaire, renforce la qualité de la formation des internes et des futurs praticiens. ■

Antoine DEVIE
Interne en radiologie



Louise DE SAINT-MARTIN
Interne en radiologie





Un sentiment d'utilité !

Marie Tisserand s'est installée il y a six mois dans un groupe de radiologie parisien. Elle détaille les raisons de ce choix qui n'avait rien d'une évidence. Elle propose également quelques pistes pour résoudre la crise de la démographie médicale. Témoignage.

> Pour quelles raisons avez-vous choisi d'exercer le métier de radiologue ?

J'aimais l'idée d'analyser des symptômes, de formuler des hypothèses, de me baser sur les connaissances anatomiques et fonctionnelles pour permettre aux médecins cliniciens d'avancer dans le diagnostic. J'y voyais un défi intellectuel permanent et stimulant. La radiologie s'est rapidement imposée comme une évidence. En perpétuelle évolution, cette discipline me permettait de combiner les dimensions cliniques et techniques. Je n'ai pas hésité longtemps.

> Ville ou hôpital... Quel a été votre premier choix ?

Durant mon cursus, je me suis spécialisée dans le domaine de la neuroradiologie. Avec cette sur-spécialisation, l'hôpital public me semblait être la destination la plus appropriée. Pour être honnête, je n'envisageais aucune autre option. J'ai exercé pendant quelques temps dans deux hôpitaux de la région parisienne – Henri-Mondor et Foch – où je n'ai pas trouvé pleine satisfaction.

> C'est-à-dire ?

L'activité hospitalière est particulièrement dense. Entre la gestion des urgences et la permanence des soins, les emplois du temps sont très chargés – avec une large amplitude horaire – et surtout très variables. Les staffs et les relectures de dossiers sont très chronophages... et non valorisés. Ce mode d'exercice ne me convenait pas. Il n'était pas adapté à ma vie personnelle et à ma vie de famille. Il avait aussi ce côté « déconnecté » de mon exercice. Je n'avais pratiquement aucun contact avec les patients. Parfois, j'interprétais mes examens, je rédigeais mes comptes rendus et tout s'arrêtait là. Ce n'était pas l'idée que je me faisais du métier. J'ai fait un choix.

> Lequel ?

J'ai fait des remplacements dans des cabinets libéraux pendant cinq ans, de manière plus ou moins intensive. Je me suis laissée le temps de découvrir une nouvelle

forme d'exercice que je connaissais très mal. Je n'ai pas été déçue. Je suis partie de l'hôpital pour la qualité de vie, j'ai découvert une belle satisfaction professionnelle. Je me suis finalement installée il y a six mois dans un groupe de radiologie composé de trois centres d'imagerie conventionnelle et deux centres d'imagerie en coupe, tous implantés dans le quatorzième arrondissement parisien et à Montrouge.

> Quelles sont les différences fondamentales avec l'hôpital ?

Elles sont nombreuses. Je perçois dans mon exercice libéral un vrai service rendu aux patients. Je les rencontre systématiquement, nous échangeons, je leur explique le diagnostic, je les conseille. Le radiologue libéral ne se contente pas de réaliser des examens et de produire des comptes rendus dans son coin. Il est impliqué dans toutes les étapes du parcours de soins. Il échange fréquemment avec un réseau de correspondants en médecine générale et en médecine spécialisée, mais aussi avec des hospitaliers.

« La médecine n'est plus perçue comme un sacerdoce... »

> Quels sont les principaux atouts de l'exercice groupé ?

Nous pouvons avoir une sur-spécialisation et conserver nos spécificités d'exercice. Il y a aussi une forme d'émulation collective, très appréciable. Ce partage d'expérience profite naturellement aux patients. Il est toujours possible de solliciter l'avis d'un confrère, en particulier quand le cas sort de sa spécialité. Autre atout non négligeable par rapport à l'hôpital : nous avons une véritable liberté de choix et une indépendance totale de décision. L'exercice groupé présente également de nombreux avantages sur le plan du développement personnel.



> Lesquels ?

Nous pouvons plus facilement moduler nos emplois du temps, sans pénaliser nos patients. Ils ont toujours une solution de repli, avec la même qualité de service garantie. D'un point de vue opérationnel, nous sommes libres de développer de nouvelles activités, en fonction de la demande existante et des compétences disponibles. En tant que membre du groupe, nous participons aux décisions, aux orientations et au choix des équipements. La dimension entrepreneuriale et managériale est une composante majeure de l'exercice groupé.

> Étiez-vous «armée» pour y faire face ?

Nous ne sommes pas formés pour gérer une entreprise médicale. L'appropriation de la nomenclature des actes, la gestion des relations avec les caisses primaires d'assurance maladie et l'entrepreneuriat ne s'improvisent pas. Le développement professionnel continu permet de combler cette lacune, mais la question devrait être abordée pendant les études. L'introduction d'un module «vie professionnelle» aurait du sens. Il pourrait donner des bases administratives, comptables, fiscales et juridiques utiles aux futurs médecins. D'une manière générale, l'exercice libéral est effleuré durant la formation initiale.

> Pour quelles raisons ?

Ce sont essentiellement des raisons culturelles et pratiques. Les passerelles avec l'hôpital public sont plus naturelles. C'est un terrain de stage privilégié par les universités. Ce lieu incarne également un certain prestige aux yeux des étudiants. L'absence de proximité avec le secteur privé n'est pas vécue comme un manque. Généralement perçu comme une «course aux profits», l'exercice libéral n'est pas valorisé. Le développement de la maîtrise de stage permettrait de tordre le cou à certaines idées reçues. Elle permettrait surtout aux étudiants de se faire leur propre avis.

> Quels sont les principaux freins à lever ?

Un stage en médecine de ville devrait être imposé à tous les étudiants. Quelle que soit leur future orientation professionnelle, cette expérience leur sera bénéfique. Ils découvriront une autre facette du soin et un autre mode de fonctionnement. Les radiologues libéraux devront également jouer le jeu. Ils devront libérer du temps. Ils devront leur proposer des activités enrichissantes. Ils devront

multiplier les terrains de stage agréés. C'est un processus essentiel qui contribuera directement au renouvellement générationnel.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

La crise de la démographie médicale accroît les difficultés d'accès aux soins. Ce phénomène se traduit notamment par un allongement des délais de rendez-vous, y compris en radiologie. Les répercussions ne sont pas anodines pour les patients. N'oublions pas que les retards de diagnostic ont une incidence majeure sur la suite de la prise en charge. Il faut former plus de médecins pour réduire les pertes de chance. Il faut également renforcer le nombre d'équipements lourds. Il faut surtout faciliter les installations, en particulier dans les zones déficitaires.

> Quels sont les leviers à actionner ?

L'aménagement du territoire sera un élément déterminant. Il ne suffit pas d'empiler les incitations financières pour convaincre les jeunes médecins. Il faut leur proposer un cadre de vie attractif. Il faut aussi faciliter leur intégration dans la vie locale. Une chose est sûre : la liberté d'installation devra être impérativement préservée. La profession n'est pas responsable de cette situation. Elle ne doit pas en subir les conséquences. La médecine a évolué. Elle n'est plus considérée comme un sacerdoce par les jeunes générations.

> Les nouvelles technologies sont-elles une alternative viable ?

La télé-radiologie pourrait être une solution. Mal encadrée, cette pratique pourrait toutefois s'avérer contre-productive. Elle pourrait notamment se solder par une déshumanisation du colloque singulier. L'intelligence artificielle pourrait nous permettre de gagner en efficacité et en réactivité. Elle contribuera à améliorer le diagnostic médical. Parmi les bénéfices attendus, nous pourrions consacrer plus de temps à nos patients, en explicitant davantage nos résultats, nos conclusions et nos recommandations. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Dr Marie TISSERAND
Radiologue à Paris



La radiologie, un métier passion

Ma vision optimiste de l'avenir de la radiologie et plus globalement de l'imagerie médicale est nuancée par quelques facteurs que j'intitulerai inventaire à la Prévert et que je réserve au lecteur en dernière partie de cet exposé Candide.

CONSTAT, ÉTAT DES LIEUX

L'évolution rapide des connaissances et des techniques, l'implication dans le bon fonctionnement logistique de l'entreprise, l'esprit d'équipe avec les collègues et le personnel, la proximité avec les patients et les correspondants, la formation continue, le syndicalisme, essentiel pour l'avenir de la radiologie libérale contribuent à l'épanouissement du radiologue dans le cadre d'un métier *passion*, avec les temps libres que permet une bonne organisation au sein de l'entreprise libérale.

Actuellement il est facile pour un jeune interne ou chef de clinique en radiologie d'acquérir des parts de société, être à temps plein ou à temps partiel et exercer en secteur conventionné ou non.

« Veiller à ce que le radiologue ne soit pas subordonné à un robot pas plus qu'à une personne morale ou physique »

La précision des diagnostics est un élément essentiel pour les traitements qui en découlent, ces connaissances seront systématiquement confrontées aux gammes générées par des algorithmes de l'intelligence artificielle (IA), situation

bien connue en radiologie depuis la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein et du second lecteur. Ce petit clin d'œil radiologique doit cependant veiller à ce que le radiologue ne soit pas subordonné à un robot pas plus qu'à une personne morale ou physique, d'où l'importance de la propriété des appareillages par le biais des parts de sociétés. Les diagnostics erronés ne manqueront pas avec l'IA, le contact avec le patient sera d'autant plus un temps essentiel de l'examen.

La démographie médicale radiologique en baisse est un atout pour les jeunes internes et chefs de clinique qui souhaitent accéder aux plateaux techniques les plus attractifs. Tous les secteurs de la radiologie libérale sont en quête de jeunes radiologues.

Certains radiologues sont regroupés au sein de SARL¹ et négocient des marchés public-privé dans le cadre de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) avec des hôpitaux de leur région.

Les radiologues issus de l'Union Européenne sont également un atout pour bon nombre de groupes. Il y a tous les ans quelques ouvertures sur dossier pour des confrères à diplôme hors Union Européenne mais le nombre est restreint.



Des cabinets ne trouvent pas de repreneur ce qui est à l'origine de départs retardés à la retraite afin de repousser l'échéance de la fermeture. Ce sujet est fréquemment abordé par la commission des cabinets de proximité au sein de la FNMR. Certains cabinets de radiologie passent des contrats avec des

1. Société Anonyme à Responsabilité Limitée



sociétés qui reprennent l'activité, le personnel et souvent l'immobilier, les médecins s'engagent en contrepartie à continuer leur exercice jusqu'au départ à la retraite.

D'autres cabinets sans repreneur, parfois sous l'impulsion d'élus locaux, sont repris par des sociétés de télémagerie qui vont gérer une activité radiologique standard à distance et trouver des accords avec les Agences Régionales de Santé (ARS) pour poursuivre la mammographie de dépistage. Les examens nécessitant la présence d'un radiologue sont réalisés quelques jours dans la semaine.

« La solution gagnant-gagnant est le rapprochement des structures, comme par exemple l'intégration d'un cabinet de proximité à un groupe »

Les particularités géographiques sont généralement un frein aux regroupements et la fermeture de ces cabinets engendrera à court terme une désertification médicale de tout un secteur géographique.

La solution gagnant-gagnant est le rapprochement des structures, comme par exemple l'intégration d'un cabinet de proximité à un groupe qui sera l'assurance de la continuité et de la qualité des soins.

Sachez bien que si vous voulez intégrer un centre de radiologie libérale, vous serez toujours les bienvenus, il suffit de pousser la porte et de mettre vos connaissances et votre détermination au service des patients.

Le choix de départ de cet article a été de ne jeter l'opprobre sur aucune institution et d'éviter toute stigmatisation. En revanche, je vous ai promis un bref inventaire à la Prévert sous forme de jeu Rébus :

Le progrès n'est pas linéaire, quelques noms Rontgen, Pierre et Marie Curie, les frères Curie, Einstein, Hounsfield & Cormack, Please, please me, Damadian, etc.

La perte est plus importante que le gain, perte en qualité, démographie radiologique, numerus clausus, Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), hospitalo-centrisme, autorisations, ...

Le remplacement de l'homme par le post humain sans qualité humaine, l'entraide, la solidarité, la gratuité, ...

Le remplacement du monde du devoir par le monde du droit, ...

La radiologie mise en scène avec ses implications financières, les orientations politiques, la dégradation de l'offre de soins, ...

La dignité du radiologue libéral proche de ses patients, la compassion, l'indépendance par la non subordination éthique et morale.

À vous de remettre bon ordre ! ■

Dr François BRUNETTI
Radiologue
à Saint-Martin-de-Ré





Démographie médicale radiologique : propositions d'avenir pour notre spécialité

Les perspectives démographiques des dix prochaines années en radiologie sont préoccupantes.

Diverses solutions insuffisantes ont été proposées. La solution la plus rationnelle est **une augmentation de l'effectif des radiologues formés** chaque année en France. Il nous faut sans doute aussi **faire évoluer et simplifier nos organisations** :

- Imagerie diagnostique et radiologie interventionnelle indissociables.
- Synergie entre radiologie hospitalière et radiologie libérale.
- Organisation de la Permanence Des Soins en réseaux, par et entre les radiologues de terrain.
- Exercice en équipes de radiologues, souvent multi-sites.
- Conjugaison d'une compétence polyvalente entretenue et de surspécialités par imagerie d'organe.
- L'intelligence naturelle des jeunes radiologues tirera le meilleur parti de l'Intelligence Artificielle (IA) et de la téléradiologie, conformément à la tradition de notre spécialité d'assimilation rapide du progrès.
- Intégration systématique de toutes les avancées de l'informatique médicale.
- Coopérations interdisciplinaires et interprofessionnelles.
- Indépendance professionnelle vis-à-vis des tutelles et vis-à-vis des investisseurs extérieurs.

Nous devons au total être **formés, organisés et assez nombreux** pour faire face aux avancées médicales, à l'innovation, et à l'évolution de notre système de santé.

Les perspectives démographiques des dix prochaines années pour notre spécialité sont préoccupantes.

La concertation entre l'ONDPS¹, présidé par le doyen Touze (Caen), le CERF (Collège des Enseignants en Radiologie Français, sous la présidence des Prs Jean-Michel Bartoli puis Jean-Paul Beregi) et le CNP de radiologie (G4) a permis d'établir un **constat partagé** qui en substance fait craindre dans les **cinq prochaines années le départ en retraite de 2 000** radiologues âgés de plus de 60 ans, et leur remplacement par des jeunes radiologues formés en France, au rythme actuel de **250/an**.

Diverses solutions insuffisantes sont invoquées pour faire face à ce différentiel :

- Intégration de **radiologues formés à l'étranger**, en Europe ou hors Union Européenne (PADHUE).
- **Prolongations d'activité** des radiologues les plus âgés, au-delà de l'âge de la retraite.
- Partage de nos activités avec certains **confrères non radiologues** moins occupés.
- **Délégation de tâches** à des para-médicaux.

Ces recettes ne permettraient pas d'assurer la production quantitative et qualitative des soins radiologiques attendue légitimement par la population de notre pays.

1. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé



La solution la plus rationnelle est une **augmentation de l'effectif des radiologues formés** chaque année en France, alors que le CERF estime cette croissance du nombre d'internes à former (qui devrait passer arithmétiquement de 250 à 320/an) tout à fait gérable dans nos facultés.

Notre filière de formation fabrique en effet des radiologues compétents, motivés, aptes à intégrer les innovations et même à faire progresser les connaissances fondamentales, translationnelles, et leurs applications cliniques. Nous avons la chance de continuer à susciter parmi les étudiants en médecine des vocations nombreuses, pour l'une des spécialités les plus attractives : les postes supplémentaires ouverts seraient donc choisis ! Un accroissement du nombre de jeunes radiologues en formation est indispensable pour faire face à un défi démographique qui ne touche pas que la radiologie.

À côté de ce levier essentiel de l'effectif des radiologues formés chaque année par le DES, il nous faut sans doute aussi **faire évoluer et simplifier nos organisations**, en affichant nos priorités :

- **Imagerie diagnostique et radiologie interventionnelle sont les composantes indissociables de la même spécialité**, servie par les mêmes médecins spécialistes. Des gestes interventionnels élémentaires complètent la plupart des filières diagnostiques, et la culture de base d'imagerie diagnostique est indispensable pour la pratique de l'interventionnel, qu'il s'agisse de la sélection des indications, de la balistique et du guidage des gestes par l'image, ou du suivi des malades traités.
- **Il est contre-productif d'opposer la radiologie hospitalière et la radiologie libérale**, qui doivent contribuer ensemble en synergie à l'offre de soins radiologiques, leur qualité et leur sécurité, en interagissant en bonne intelligence au sein de réseaux locorégionaux dont le périmètre n'est pas forcément celui des GHT².
- Dans le cadre de ces réseaux doit pouvoir être organisée la **Permanence Des Soins** par tous les radiologues de terrain, permettant d'assurer des soins radiologiques de proximité comme de recours, 24H/24H.
- Cette organisation suppose de se fédérer en **équipes de radiologues**, tant dans les hôpitaux qu'en pratique libérale. L'exercice individuel isolé demeure tout à fait respectable mais ne permet pas d'assumer tous les objectifs assignés aujourd'hui à notre profession.
- Le périmètre d'activité de ces équipes radiologiques n'est

2. Groupement Hospitalier de Territoire

plus localisé, il est devenu ou va devenir le plus souvent **multi-sites**.

- Au sein de ces équipes, chaque radiologue doit conserver une certaine **polyvalence**, permettant de faire face notamment aux urgences et à la continuité des soins ; l'exercice en équipes permet aussi de disposer de **compétences en surspécialités par imagerie d'organe**, diagnostiques comme interventionnelles.
- **L'Intelligence Artificielle (IA) et la téléradiologie ne constituent pas les cauchemars de notre spécialité**, dont elles ne résument pas l'avenir : **l'intelligence naturelle de jeunes radiologues** bien formés, motivés, qui doivent demeurer des cliniciens de terrain, saura s'approprier à bon escient ces technologies, comme ont su le faire les générations précédentes de radiologues des innombrables progrès techniques qui ont fait grandir sans cesse notre spécialité.
- Nous devons savoir utiliser **toutes les avancées de l'informatique médicale**, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à l'émission des compte-rendus, afin de simplifier et optimiser le work flow dans toutes les étapes de notre travail.
- Chaque radiologue n'est pas seul au monde : il doit se préoccuper du renouvellement perpétuel de **ses connaissances et compétences** et s'intégrer dans un système de santé qui fait appel à des **coopérations interdisciplinaires et interprofessionnelles, qu'il faut savoir préparer en anticipant**.
- Les radiologues doivent enfin veiller à leur **indépendance professionnelle** : indépendance vis-à-vis de diverses tutelles dans le cadre de l'exercice de la radiologie publique, et indépendance vis-à-vis de la place que pourraient prendre des investisseurs extérieurs dans le cadre des structures de radiologie libérale.

Le Conseil National Professionnel (G4) de Radiologie, qui fédère des forces vives de la spécialité (FNMR, CERF, SRH, SFR) s'efforce de défendre ces valeurs, qu'il s'agisse actuellement de la négociation des autorisations d'activité, des normes de qualité, des recommandations de bonnes pratiques, du DPC et de la recertification au sein de la profession médicale comme vis-à-vis de nos tutelles.

Notre message cardinal est clair : nous devons être formés, organisés et assez nombreux pour faire face au progrès médical, à l'innovation, et à l'évolution de notre système de santé. ■

Pr Louis BOYER

Responsable du pôle interhospitalier de radiologie du CHU de Clermont-Ferrand
Président du Conseil National Professionnel de la radiologie





La démographie

Vision de l'avenir, rôle du CERF¹ et solutions à proposer²

Le nombre de radiologues en exercice est connu mais reflète mal la réalité compte tenu de ceux qui sont actifs à 100% ou à pratique réduite. Les prévisions sont difficiles à établir car les départs en retraite ont des marges d'incertitude. Cependant, toutes les analyses prévisionnelles indiquent une pénurie prochaine, rapide et importante au regard de la pyramide des âges, de l'évolution du métier et des besoins nouveaux. Toutes les autres spécialités médicales revendiquent la même chose. Comment alors apparaître prioritaire ? Comment ne pas détériorer la qualité au détriment de la quantité ? Comment être spécialisé et polyvalent ? Comment former pour demain alors que le métier de demain ainsi que les conditions d'exercice varient si rapidement et que les jeunes réclament visibilité, intérêt et sécurité ?

Prévoir, c'est gouverner. Le changement est un facteur à prendre en considération et les organisations sont des variables d'ajustement. Comment le CERF aide à adapter l'offre par rapport à la demande ? Le Collège s'investit dans la formation et la recherche. Promouvoir l'efficacité, l'enseignement et la recherche en radiologie et imagerie médicale autour du concept de la radiologie 5P (prédictive, préventive, personnalisée, participative, basée sur des preuves) est la vision du CERF.

Le CERF milite pour augmenter le nombre d'étudiants à 320 par an dans la filière DES (252 actuellement) et à 130 pour l'option RIA (97 nov. 2021). Le CERF travaille pour adapter le programme d'enseignement aux innovations apportées par les modalités de radiologie et imagerie médicale, telles que le numérique (solutions d'IA, radiomique, impression 3D, ...) et les indications/prises en soins (radiologie 5P).

Le CERF travaille, sur un plan pratique, à numériser tous les cours avec déjà en ligne le programme de l'année de phase socle et les 3 ans de phase d'approfondissement. En novembre 2021, la phase de consolidation et l'option RIA seront à disposition. Cet effort d'harmonisation a permis d'augmenter la qualité des étudiants sur l'ensemble du territoire. Les terrains de stage sont vérifiés et adaptés pour accueillir cette augmentation d'étudiants, permettant

une mise en situation. Nous soutenons la demande de nouveaux CCA, AHU, MCUPH et PUPH³ ; nous développons des collaborations avec les centres hospitaliers et les médecins PH y travaillant ainsi qu'avec des centres privés et les libéraux. Une extension du nombre de formateurs et de terrain de stages est en cours. Le CERF travaille pour améliorer la connaissance de la radiologie auprès des étudiants de premier et second cycle.

Le CERF s'investit également pour aider la recherche et l'innovation avec notamment un soutien pour les candidats aux carrières universitaires ainsi qu'aux études multicentriques. Le CERF développera une offre aux industriels pour rapprocher le monde académique, les radiologues des industriels afin d'accélérer les évaluations et les mises sur le marché par rapport à des finalités qui aident les soins radiologiques.

1. Collège des enseignants en radiologie de France
 2. Ont participé à cet article : Pr Jean-Paul Beregi (président du CERF), Pr Christophe Aubé (vice-président, responsable de la recherche), Pr Catherine Adamsbaum (secrétaire, responsable de l'enseignement), Pr Marie Faruch (trésorière, responsable de la communication), Pr Jean-Michel Bartoli (chargé de mission, relations extérieures), Pr Louis Boyer (président du Conseil national de la profession de radiologie et imagerie médicale).
 3. Chef de clinique assistant, assistant hospitalier universitaire, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier



Le CERF travaille avec le G4 pour redéfinir le référentiel métier de 2010 afin de préparer nos étudiants à des activités de soins radiologiques dans des équipes 4D (dynamiques, digitales, diversifiées, dispersées). Les radiologues effectuant des soins de proximité seront aidés par des radiologues spécialisés dans leur territoire ou au niveau national.

Le CERF agit pour améliorer la qualité de la formation avec de nouveaux outils à disposition des étudiants leur permettant de gérer leur parcours, leur stage, les actes réalisés. La formation est la clé de voute de la qualité avec l'analyse des risques et la volonté d'évoluer. Des outils comme un portfolio seront mis à disposition et une amélioration du CRM et LMS (Customer Relationship Management et Learning Management System). Des travaux de groupes seront proposés afin de travailler en équipe et non plus individuellement. Le CERF est le garant des bonnes pratiques d'évaluation et du niveau des étudiants et futurs radiologues en charge des soins. Le CERF proposera pour valoriser les formations réalisées,

« Le combat de la démographie est un combat sur l'attractivité, sur la qualité, sur la vision de soin de notre spécialité et sur la reconnaissance par les pairs et les institutions de notre valeur ajoutée pour le patient. »

une école spécialisée avec des attestations de formation, préparant les étudiants à leur re-certification passant par exemple par l'accréditation des équipes et les actions de formation. Le CERF poursuit son travail pour aider la formation de médecins étrangers. Il œuvre pour la qualité de leur formation et leur évaluation par les pairs.

Au total, le combat de la démographie est un combat sur l'attractivité, sur la qualité, sur la vision de soin de notre spécialité et sur la reconnaissance par les pairs et les institutions de notre valeur ajoutée pour le patient. Notre objectif est bien d'être les garants humains de soins radiologiques efficaces et sécurisés avec l'utilisation d'appareils et/ou de logiciels. Notre combat est bien de démontrer que le radiologue est devenu le médecin interniste des années 2020 en aidant toutes les spécialités et en proposant une médecine holistique. Analyser le cœur sans les poumons ou le tube digestif sans les reins, est une ineptie. Être au chevet des patients, travailler avec toutes les spécialités est notre chance. Notre mission de radiologue est de délivrer des soins personnalisés de haute qualité, de proximité, afin de dépister, diagnostiquer, soigner, accompagner le plus grand nombre de patients et de résidents dans une prise en soin globale par une offre intégrée mettant à disposition le meilleur des hommes et de la technique en tant que référent en radiologie et imagerie médicale. ■

Pr Jean-Paul BEREGI
Président du CERF





Les internes sont les radiologues libéraux de demain

Partenariat FNMR-UNIR¹

Depuis 2018, la FNMR propose aux internes de devenir adhérents de la FNMR.

L'avenir de la profession passe par les jeunes radiologues, aujourd'hui en formation. Il est donc souhaitable de tisser des liens plus forts avec les internes.

La radiologie, en France, est constituée à 70% de radiologues en exercice en libéral et 30% à l'hôpital. En sortant de l'internat, les jeunes radiologues pourront avoir des exercices mixtes, mais, à terme, la plupart d'entre eux s'orienteront vers le secteur libéral qu'ils ne connaissent pas.

Les internes expriment souvent le souhait d'une formation en libéral avec un numerus clausus élargi. Mais ils ont besoin de trouver des lieux de stage, en particulier dans certaines surspécialités, comme la sénologie ou la radiologie ostéoarticulaire.

Ils souhaitent également participer à la préparation de l'avenir de leur spécialité pour lequel la FNMR est impliquée en grande partie.

Un partenariat entre la FNMR et l'UNIR permet aux internes de devenir adhérents à la FNMR. Ceux qui le feront auront une cotisation réduite prise en charge, en partie, par la FNMR et, en partie, par les unions régionales des médecins radiologues.

Pour les unions régionales, ce partenariat est l'occasion de connaître les radiologues en formation dans la région pour les aider pour des stages, les accueillir dans les cabinets ou les établissements ou leur proposer des remplacements. Ils peuvent être aussi de futurs associés.

Pour **préparer l'avenir**, des travaux réguliers sont faits par

la FNMR auxquels les représentants de l'UNIR seront invités à participer avec le groupe de réflexion de la Fédération. Une commission de stages en libéral sera créée au sein de la FNMR. Elle a pour rôle de conseiller et guider les radiologues et les internes qui souhaitent faire des stages en libéral.

D'autres actions sont prévues comme la publication croisée sur les réseaux sociaux des annonces et des publications FNMR, FORCOMED, ForcoFMC² et UNIR, la création d'une rubrique d'information sur l'exercice libéral dans la revue de l'UNIR. Une tribune des internes dans la revue de la FNMR est prévue. Enfin, la FNMR versera une subvention à l'UNIR pour soutenir son action.

Qu'apporte ce partenariat aux internes ? Chaque interne, adhérent à la FNMR, bénéficie de l'adhésion aux syndicats départementaux, aux unions régionales³. Il reçoit la revue mensuelle du médecin radiologue, ainsi que la newsletter hebdomadaire. Il pourra aussi avoir une assistance à la réalisation de stage en libéral, grâce à la commission mise en place mais aussi par les relais locaux qui sont dans les unions régionales.

Il bénéficie de tarifs réduits sur les formations FORCOMED et ForcoFMC, qui ne sont pas dispensées au niveau universitaire.

Depuis 2018, environ 250 internes adhèrent à la FNMR chaque année. Une fois installés, naturellement ces internes poursuivent pour la plupart leur adhésion à la FNMR. ■

1. Union Nationale des Internes et jeunes Radiologues

2. FORCOMED et ForcoFMC sont des associations de formation médicale continue dans le domaine de l'imagerie médicale.

3. La FNMR est une fédération de syndicats départementaux de médecins radiologues, regroupés en unions régionales.

Dr Éric CHAVIGNY
Vice-Président de la FNMR
Radiologue à Dax



La démographie

Vision des Jeunes Radiologues, UNIR¹

Les chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins montrent que sur un total d'environ 9000 radiologues en activité, 33% ont plus de 60 ans. Avec une formation actuelle de 250 internes soit 1250 sur 5 ans, cette situation montre **une perte de radiologues en 2024 d'environ 1800 médecins** sur le territoire national. Pendant le même temps, les consultations radiologiques quelles que soient les modalités (indications d'imagerie cardiaque, prostate...), ainsi que le développement de la radiologie interventionnelle (augmentation de 30-40% sur dix ans selon la FRI) vont augmenter. Cela nécessite d'avoir plus de praticiens qu'actuellement.

Dans ce contexte, **le différentiel ne serait pas de 1800 mais nettement plus car virtuellement il y aurait nécessité de davantage de praticiens par rapport à ceux actuellement en exercice.**

Une dernière variable est la Permanence Des Soins (PDS). Il y a une quinzaine d'années, la majorité des radiologues était d'astreinte ; cela est de moins en moins le cas aujourd'hui. Les gardes en radiologie sont la règle, de la même manière que les urgences ou en anesthésie réanimation. L'augmentation de la PDS est estimée à environ 600% selon certaines études bien plus que pour n'importe quelle autre spécialité. En comparaison les DES de médecine d'urgence ou d'anesthésie réanimation ont une formation entre 400 à 500 DES par an.

Au total, une formation minimum de 320 internes par an est une nécessité absolue ; c'est clairement la priorité de notre spécialité.

Les autres points concernent les modalités d'exercice du métier de demain. Une meilleure coopération public-privé (PACS mutualisé pour éviter les redondances d'examens) serait à organiser en favorisant les exercices mixtes, permettant une amélioration de la fluidité du parcours de

soins. Permettre une gouvernance parfaite des médecins radiologues sur leurs outils mais aussi sur les indications d'examens en augmentant la pertinence des actes (création d'une ROSP avec des contreparties ?). Création de groupes privés au niveau départemental ou régional avec monopole ? permettant une offre de soins structurante sans concurrence, un investissement dans les dernières technologies, un développement de téléradiologie territoriale avec un pool de praticiens. Elle permettrait de structurer à un échelon local l'offre de soins, mais aussi la création, grâce à la taille de ces groupes, des pôles d'expertises couvrant l'ensemble des domaines de spécialité (cardio, neuro, pédiatrie, échographie obstétricale, activités de radiologie interventionnelle, ...).

En conclusion, nous travaillons pour obtenir :

- Une augmentation massive à **un minimum de 320 internes** en formation.
- **Une qualité des soins radiologiques** avec amélioration de la pertinence, l'évitement de la redondance d'examens.
- **Le développement d'exercices mixtes** dans le cadre d'une meilleure coopération public/privé.
- **La création de groupes et/ou de réseaux** (les radiologues doivent jouer collectif) **permettant de couvrir l'ensemble des domaines d'expertises de la radiologie**, s'appuyant sur une structuration de l'offre de soins à la fois en présentiel avec notamment la permanence des soins, la continuité des soins, la radiologie interventionnelle mais aussi en utilisant les outils de téléradiologie pour assurer expertise et amélioration de la couverture territoriale. ■

Ugo PIROCCA
Président de l'UNIR



1. Union Nationale des Internes et jeunes Radiologues



La gestion de la pénurie nécessite des réformes structurelles !

Le Dr Jean-François Gérard-Varet analyse les grandes évolutions démographiques en cours dans le secteur de la radiologie libérale. Au-delà du constat, il livre ses propositions pour adapter l'offre médicale à la demande de soins.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

La crise de la démographie médicale résulte des décisions politiques passées. Elle reflète une vision purement comptable de la formation médicale, initialement guidée par des impératifs économiques. Les besoins de la population n'ont pas été suffisamment considérés par les pouvoirs publics. Les tensions actuelles auraient pu être mieux anticipées. Les pertes de chance auraient pu être réduites.

> Quels sont les principales tendances à l'œuvre ?

L'augmentation modérée du nombre de médecins actifs s'explique par les nombreux départs à la retraite enregistrés depuis dix ans. Ils n'ont pas toujours pu être compensés par de nouvelles installations, en raison de la pression régulièrement exercée sur le numerus clausus. Ils ne le seront d'ailleurs pas avant une dizaine d'années. Faute d'une régulation maîtrisée, nous pourrions même nous retrouver avec une offre médicale pléthorique à l'horizon 2040.

> La suppression du numerus clausus peut-elle permettre de rectifier le tir ?

Depuis son introduction il y a cinquante ans, le numerus clausus a continuellement diminué, atteignant son plus bas niveau historique en 1993¹. Il a longtemps stagné, avant de repartir progressivement à la hausse. Une accélération notable a été observée au cours des trois dernières années. Sa refonte en numerus apertus devrait permettre de mieux tenir compte des besoins réels. Pour autant, cette mesure ne se suffira pas à elle-même.

1. En 1993, 3 500 étudiants ont été admis en seconde année de médecine.

> C'est-à-dire ?

L'augmentation et le vieillissement de la population soulèvent de nouveaux enjeux, au même titre que l'explosion du champ des maladies chroniques. Cette nouvelle donne épidémiologique exige plus que jamais d'adapter l'offre médicale à la demande de soins. La qualité ne devra pas être sacrifiée au profit de la quantité. Le cadrage de la formation initiale ne fera pas tout. Le développement professionnel continu sera un élément déterminant dans l'amélioration des bonnes pratiques.

RADIOLOGIE LIBÉRALE : LES GRANDES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

Le départ en masse de la génération « baby-boom » n'épargne pas les radiologues libéraux. « Cette diminution est partiellement compensée par l'augmentation récente du nombre d'internes à l'épreuve classante nationale ou le nombre de nouveaux diplômés », précise toutefois Jean-François Gérard-Varet, président de la Commission de la démographie des études statistiques et de l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins. À l'heure actuelle, 3 854 radiologues libéraux sont inscrits au tableau ordinal. Ils représentent plus de la moitié des effectifs recensés dans la spécialité, soit 58,6%. L'âge moyen est estimé à 49,5 ans, contre 50,2 ans pour l'ensemble des médecins. Inférieure à la moyenne nationale, la proportion de femmes est de 38%, soit 12 points de moins. Elle affiche néanmoins une progression constante depuis dix ans.

Source : CNOM – Chiffres au 1^{er} janvier 2021.



> **La réforme de l'exercice coordonné est-elle une solution viable pour compenser la pénurie de médecins ?**

La crise de la démographie médicale nécessite des réformes structurelles, pas de simples « réformettes ». L'exercice coordonné pourrait permettre de mieux organiser la prise en charge des patients, à condition de respecter les prérogatives professionnelles de chacun. Cette perspective n'exclut pas pour autant de favoriser les évolutions de carrières, à l'instar des infirmières de pratique avancée. En revanche, la création de professions médicales intermédiaires n'est pas une mesure pertinente. Il vaut mieux former des sur-infirmières plutôt que des sous-médecins.

« Le circuit de la formation est encore trop hospitalo-centré »

> **Quelles sont les évolutions attendues dans le secteur de la radiologie libérale ?**

La radiologie libérale offre un potentiel d'activités très variées qui permettent de développer des compétences techniques, médicales, managériales et humaines. La tendance actuelle est au regroupement des praticiens. Le partage des tâches entre associés ou encore la délégation technique, administrative et organisationnelle devront cependant rester sous leur responsabilité. Dans l'intérêt général, un rapprochement avec les structures hospitalières peut être envisagé, sous réserve de préserver les intérêts et les spécificités mutuelles.

> **Quels sont les principaux freins à l'installation en radiologie libérale ?**

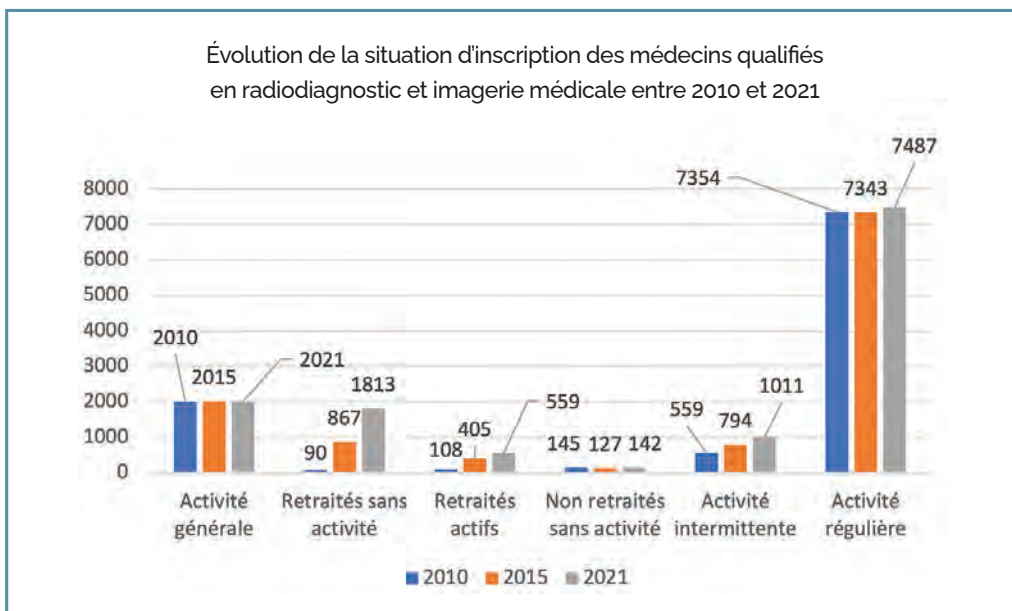
L'hôpital incarne une forme de sécurité, notamment en matière de responsabilité. Le temps de travail y est également très encadré. La plupart des emplois sont soumis au régime des 35 heures. Légitime, la crainte d'investir est un autre facteur dissuasif pour les jeunes médecins qui n'ont pas la formation requise pour gérer une entreprise. Le contexte économique et budgétaire n'est pas des plus rassurants. Les évolutions tarifaires sont sujettes à des variations brutales et souvent imprévisibles. Outre ces écueils, la méconnaissance de l'exercice libéral reste certainement l'un des freins les plus puissants à l'installation.

> **Pour quelles raisons ?**

Le circuit de la formation est encore trop hospitalo-centré. La quasi-totalité des stages sont aujourd'hui effectués dans des CHU. Le secteur privé souffre incontestablement d'un déficit d'image. Certaines idées préconçues sont savamment entretenues par ses détracteurs, à commencer par la dimension mercantile de l'activité ou le manque de temps consacré aux stagiaires. Les établissements de santé sont globalement opposés au développement de cette pratique en ambulatoire. Ils craignent, souvent à tort, une évaporation des ressources médicales. La maîtrise de stage libéral n'en reste pas moins une évolution indispensable, ne serait-ce que pour éclairer la décision des étudiants.

> **Comment inverser la tendance ?**

Il faut intégrer les stages libéraux dans la maquette de la



Source : CNOM - Chiffres au 1^{er} janvier 2021.

formation. Ils devraient être obligatoires, au moins une fois. Les cabinets de radiologie devront naturellement jouer le jeu, en multipliant les terrains de stage agréés. Ils devront libérer du temps et proposer des activités enrichissantes aux étudiants. Ce temps d'apprentissage doit leur être profitable. Plus répandue en médecine générale, cette pratique a largement fait ses preuves.

> **Quels sont les avantages les plus significatifs ?**

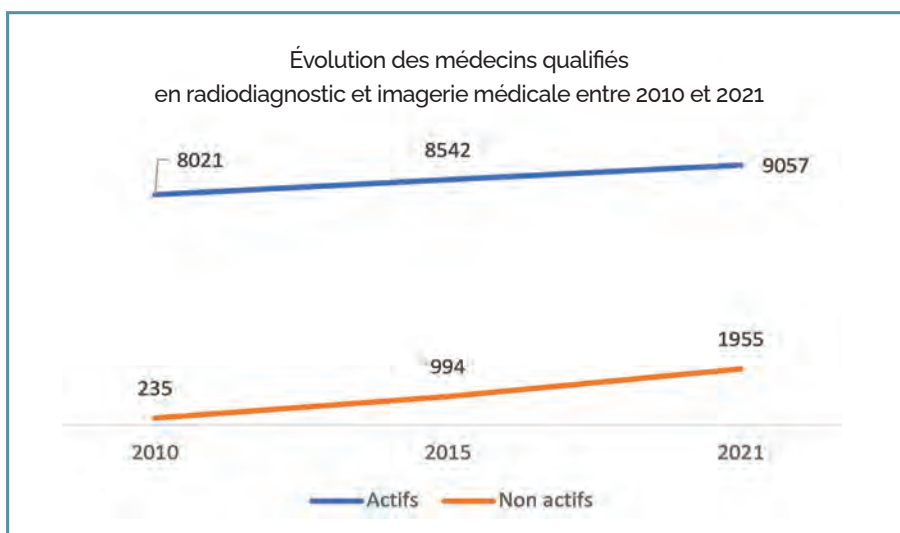
Parmi les constats tirés d'un exemple toulousain, plus il y a de stages ambulatoires et plus il y a une incitation rapide à l'inscription en activité régulière et en exercice libéral. Outre une meilleure gestion des flux des internes, nous observons également une distribution territoriale équitable des jeunes médecins généralistes par rapport à la démographie générale de la population. Malgré le développement de la pratique, une part importante des stagiaires continuent à exercer en tant qu'hospitalier et/ou salarié. Il n'y a donc pas d'adhésion automatique, contrairement à ce que certains peuvent penser.

> **Plus globalement, quelles sont les principales attentes de la jeune génération ?**

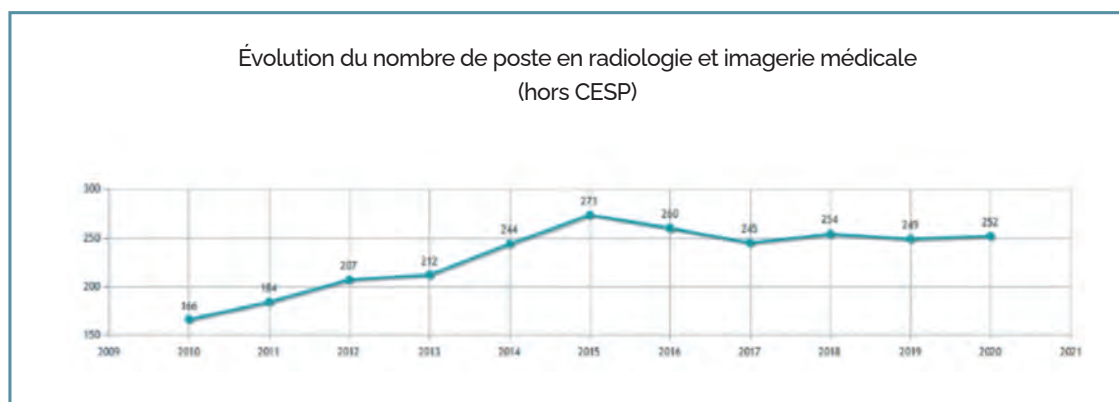
Les jeunes médecins recherchent un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. La maîtrise du temps de travail sera un élément à considérer sérieusement dans les réformes en cours. Ce n'est pas leur seule attente. Ils expriment régulièrement l'envie de pratiquer un exercice interprofessionnel, axé sur le partage d'expériences. Ils ne sont pas opposés à la délégation de certaines tâches faiblement médicalisées pour consacrer davantage de temps à leurs patients. Ils veulent aussi pouvoir plus librement pratiquer un exercice mixte. Outre la mobilité professionnelle, la spécialisation – voire la sur-spécialisation – est une intention clairement affichée. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Dr Jean-François GÉRARD-VARET,
Conseiller de l'Ordre national des médecins, Président de la commission de la démographie, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Bourgogne-Franche-Comté



Source : CNOM – Chiffres au 1^{er} janvier 2021.



Source : CNOM – Chiffres au 1^{er} janvier 2021.

Nous sommes sur la bonne voie !

Christine Ammirati revient sur les grands chantiers initiés dans le domaine de la formation médicale. Elle insiste sur la cohérence des réformes en cours, dont les impacts pourront s'apprécier à court, à moyen et à long terme.

> Quel regard portez-vous sur la crise de la démographie médicale ?

La crise de la démographie médicale, c'est avant tout celle de l'accès aux soins. Faute de ressources suffisantes, nombre de Français ne parviennent pas à trouver un médecin traitant. Dans certaines spécialités, les délais de rendez-vous ne cessent d'augmenter. Les projections ne souffrent aucune contestation. Les départs à la retraite ne seront pas compensés par de nouvelles arrivées avant une dizaine d'années. Le vieillissement de la population et la chronicisation de certaines pathologies lourdes laissent présager un besoin croissant de professionnels de santé et une réorganisation de notre offre de soins.

> Les réformes initiées vous paraissent-elles suffisantes pour inverser la tendance à l'œuvre ?

Différents leviers ont été actionnés pour résoudre la problématique de l'accès aux soins. La complémentarité et la cohérence des réformes engagées ne fait pas l'ombre d'un doute. Elles auront des impacts bénéfiques à court, à moyen et à long terme. La dimension territoriale est

omniprésente, y compris dans le domaine de la formation. Il faudra impérativement former plus de médecins, en particulier dans les zones sous-dotées. Les collectivités locales sont étroitement associées aux travaux menés par les ministères de tutelle.

> Quelles sont les principales transformations en cours ?

La suppression du numerus clausus devrait favoriser la progression des effectifs, en tenant mieux compte des besoins réels. Trop restrictif, ce critère de sélection a été remplacé par un numerus apertus, déterminé par les universités et les agences régionales de santé sur la base d'orientations nationales. Une chose est sûre : le circuit de la formation va gagner en souplesse et en réactivité.

> C'est-à-dire ?

Ce changement de paradigme présente plusieurs avantages, notamment en termes de visibilité et d'adaptabilité. Les objectifs de formation seront déterminés sur une période de cinq ans. Ils seront modulables chaque année, en fonction des capacités d'accueil des universités et des besoins exprimés par le système de santé dans les territoires. Propres à chaque filière, les numerus apertus seront communiqués tous les ans par l'État. La formation des étudiants sera étroitement liée aux enjeux territoriaux, y compris en matière de stage.

> Quels sont les grands enjeux en la matière ?

Huit stages sur dix sont aujourd'hui réalisés dans des CHU. Il faut rapidement créer des ponts entre les maîtres de conférences, les professeurs associés et les chefs de clinique pour accroître et diversifier les terrains de stage dans les territoires. L'université doit sortir de ses murs. Elle doit aussi se tourner vers d'autres acteurs. La construction de filières plus collaboratives et plus interprofessionnelles est devenue incontournable. Ce sera un levier essentiel pour assurer une prise en charge optimale du patient dans le cadre d'un parcours de soins coordonné. Le secteur libéral fera partie intégrante de cette nécessaire évolution.

ÉTUDES DE SANTÉ : LES QUATRE PILIERS DE LA RÉFORME

Entrée en vigueur cette année, la réforme du premier cycle des études de santé marque la fin de la PACES¹. Trois voies d'accès sont désormais prévues pour intégrer la filière dite MMOPK² : une licence santé avec une mineure généraliste – PASS ; une licence généraliste avec une mineure santé – L.AS ; la validation d'une formation paramédicale. Autre changement radical : le numerus clausus a été remplacé par un numerus apertus. Chaque université déterminera le nombre d'admis avec l'ARS³ de tutelle, à partir d'orientations nationales. Elle répartira ensuite les places entre les différentes voies d'accès. Le passage en deuxième année sera toujours très sélectif. L'admissibilité reposera sur des examens en contrôle continu. L'admission sera déterminée par des épreuves écrites et/ou orales, marquant ainsi la fin du 100% QCM. Chaque étudiant disposera de deux chances pour intégrer une filière MMOPK, soit une en PASS et une en L.AS, soit deux en L.AS.

1. Première année commune aux études de santé – PACES.

2. Médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie – MMOPK.

3. Agence régionale de santé – ARS.

> Quelles sont les problématiques propres au secteur de la radiologie libérale ?

Les radiologues libéraux doivent libérer du temps pour accueillir des internes, ce qui n'est pas toujours évident dans le cadre de leur mode d'activité. La radiologie interventionnelle a pris un poids plus important dans les pratiques professionnelles et la qualité de la formation doit être un critère prioritaire, tant du point de vue des équipements disponibles que des examens proposés. Il faut développer des capacités de formation universitaires adaptées pour accompagner ce mouvement.

> Faut-il renforcer les stages en libéral, quitte à les rendre obligatoire ?

La réforme du deuxième cycle prévoit de renforcer la maîtrise de stage universitaire hors des CHU. Déjà recommandés, les stages deviendront prochainement obligatoires dans le secteur ambulatoire. Cette mesure répond à une double nécessité : lutter contre la pénurie médicale en fidélisant les jeunes médecins et éclairer la décision des étudiants. Les spécificités de l'exercice libéral sont globalement méconnues. Elles le seront moins à l'avenir. Un changement de philosophie s'impose.

> Quels doivent être les nouveaux déterminants de la formation médicale ?

Il est temps de passer de l'acquisition de connaissances à l'acquisition de compétences. L'accumulation de connaissances ne suffit pas. Les étudiants devront apprendre à raisonner en fonction d'une situation donnée, en mettant à profit ce qu'ils ont appris. Complémentaires, la simulation

et la clinique sont les valeurs cardinales de la formation médicale. Au même titre que la maîtrise de l'outil numérique, l'interprofessionnalité devra également se concevoir dès les premiers stades de l'apprentissage.

> De quelle manière ?

L'exercice coordonné ne se décrète pas. Il se construira dans le temps, dans la confiance et dans la connaissance. Il est important que les étudiants puissent découvrir les caractéristiques de chaque métier, en amont de l'exercice professionnel. Il y aura des temps communs durant la formation. Ce sera l'occasion pour eux d'acquérir les premiers réflexes, en travaillant sur des cas concrets. Le processus d'universitarisation des formations paramédicales devrait donner encore plus de poids à cette dynamique collaborative.

> L'inclusion d'un module consacré à l'entrepreneuriat médical est-il envisagé ?

L'entrepreneuriat ne figure pas dans la maquette de formation. L'émergence des structures collectives change néanmoins la donne. La rédaction d'un projet de santé ne s'improvise pas. Les étudiants doivent se familiariser avec cette nouvelle dimension du soin, mais elle ne doit pas non plus prendre une place trop importante. Les programmes sont particulièrement denses. La thématique suppose également une certaine forme de maturité. L'internat me semble être une phase plus appropriée pour évoquer ce sujet.

> Quelles sont les principales attentes des étudiants en médecine ?

Ils réclament globalement un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Ils ne veulent pas travailler moins, ils veulent travailler différemment. L'exercice pluriprofessionnel n'est pas la seule option envisagée. Deux étudiants sur dix se voient pratiquer un exercice mixte. Certains souhaitent passer librement d'un secteur à l'autre. D'autres avouent ouvertement leur préférence pour le temps partiel. Ce sont des attentes fortes, dont nous devons tenir compte. ■

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

Pr Christine AMMIRATI

Conseillère en charge de la santé et de la formation, Cabinet de la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation



FORMATION : L'ONDPS PROPOSE DE FORMER 51 505 MÉDECINS D'ICI À 2025

Dans son dernier rapport thématique¹, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé suggère de former 51 505 médecins d'ici à 2025, soit une hausse de 18% par rapport à la période 2016-2020. « L'objectif est de réduire les inégalités actuelles d'accès aux soins, face à des besoins, dont certains sont parfois encore mal couverts, qui s'annoncent plutôt en croissance, tout en gardant une exigence forte sur la qualité des professionnels formés par nos universités », justifie l'ONDPS. Dans le scénario envisagé, près de 2 000 étudiants supplémentaires seraient donc autorisés à poursuivre leurs études de médecine chaque année. Plus souples, ces objectifs nationaux pluriannuels se substituent au numerus clausus. Issus d'une large concertation, ils doivent permettre de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

1. « Conférence nationale du 26 mars 2021 – Rapport et propositions – Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025) », ONDPS (mars 2021).



ALERTE – ALERTE – ALERTE



De la difficulté à trouver des représentants qui s'engagent pour vous défendre : exemple de la commission radioprotection.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la radiologie libérale doit s'organiser pour continuer à exister en défendant ses valeurs. Jusqu'à récemment, l'idéologie qui consiste à tout transformer en structures d'État était pratiquement le seul vrai danger. Mais aujourd'hui les périls se sont diversifiés, avec en plus la multiplication des agences administratives qui veulent s'occuper de nous ou de notre activité, certains confrères qui veulent absolument exercer une activité d'imagerie sans en être les spécialistes, le monde de l'entreprise qui veut récupérer l'organisation et l'activité des structures radiologiques pour son profit d'investisseur.

Une partie de la survie des centres d'imagerie médicale passe, dans un contexte financier de plus en plus contraint, dans un contexte démographique hautement défavorable, par l'augmentation des cadences, l'augmentation de l'activité en téléradiologie. Les radiologues sont donc de plus en plus las et ont donc de moins en moins de temps et d'énergie pour penser collectivement à l'organisation et à la défense de leur profession.

Et c'est bien dommage parce que pendant ce temps-là les administrations s'étoffent. Certaines agences sont créées, comme l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) par la loi du 13 juin 2006. À peu près à la même période et progressivement, certains instituts se sont davantage penchés sur la radioprotection dans le domaine médical, comme l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), notamment du fait des saisines de l'ASN. Certaines sociétés savantes, comme la Société française de radioprotection (SFRP), initialement tournées vers la radioprotection dans le milieu industriel, se sont également emparées du sujet médical. Les anciens textes des années 1960 – 1970 ne s'occupaient quasiment pas de la radioprotection en milieu médical et pendant quelques années encore il a fallu s'adapter à des textes qui n'étaient pas prévus pour nous. Maintenant, toutes les autorités, les ministères, etc., tiennent compte de la spécificité de l'activité médicale pour rédiger leurs textes, quelquefois en s'appuyant sur

l'avis d'experts qui n'ont jamais travaillé dans une structure radiologique !

Pour ce qui concerne l'ASN, elle se saisit de sujets parfois majeurs comme l'ouverture à un non radiologue de la possibilité d'être responsable médical (« médecin coordonnateur ») pour des machines comme des scanners. En cette période estivale 2021, nous assistons également au remodelage des groupes permanents d'experts chargés d'éclairer les décisions de l'ASN avec appel à candidatures. Il faut absolument retrouver une représentation radiologique active et respectée pour imposer nos idées dès le stade de l'élaboration des doctrines et de la production des décisions qui seront ultérieurement homologuées dans la réglementation.

Pour ce qui concerne le ministère du travail, nous avons actuellement une charge de travail supplémentaire puisqu'il a été décidé de rédiger en commun avec la

« Toutes les autorités, les ministères, etc., tiennent compte de la spécificité de l'activité médicale pour rédiger leurs textes, quelquefois en s'appuyant sur l'avis d'experts qui n'ont jamais travaillé dans une structure radiologique ! »

Direction Générale du Travail (DGT) leur prochaine publication sous forme de questions-réponses puis un guide d'application sectorielle dédiée à la radiologie et imagerie médicale. Et tout au long de l'année, il faut aussi pouvoir conseiller les personnes qui représentent les professions libérales auprès du Comité d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), comité paritaire qui guide le ministère dans la rédaction de la réglementation. Pour ces sujets qui concernent la réglementation des travailleurs, il est absolument indispensable de disposer de l'appui de radiologues libéraux, qui par leur statut d'employeurs sont plus

habitués à gérer les contraintes liées au personnel. De manière à ce que la réglementation que nous devons appliquer soit juste, permettant une protection reconnue des travailleurs sans alourdir inutilement les coûts.

Il faut aussi être présent auprès de la SFRP qui s'empare de la radioprotection dans le milieu médical et développe également sa section rayonnements non ionisants vers l'IRM. Il s'agit d'un lieu très important de rencontre entre différents influenceurs (les PCR, les sociétés de services, les organismes agréés, l'ASN, les ministères, ...).

Il faut également pouvoir participer à différents groupes de travail comme auprès de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) : rédaction en cours de fiches explicatives sur la radioprotection en radiologie conventionnelle, en scanner, en radiologie interventionnelle, ...

Il est aussi nécessaire que des radiologues soient interlocuteurs auprès des différentes directions du ministère de la santé. Il faut aussi remercier des radiologues FNMR qui interviennent dans d'autres commissions (sénologie, interventionnel, qualité...) pour leur aide. Et pour la fluidité dans le partage d'informations.

La commission radioprotection de la FNMR s'occupe au sens large des vigilances notamment de la magnéto vigilance en lien avec la Société Française de Radiologie (SFR), puisque des textes sont apparus (décret 2016 - 1074 pour la protection des personnels contre les effets des champs électromagnétiques). Décret complété par des décrets d'application parus ou à venir. Il va falloir aussi s'impliquer dans les liens avec les constructeurs, la formation continue, etc.

Arrêtons-nous là pour la description des attributions très larges de cette commission. Euh... n'oublions pas de citer la production chaque année d'un fascicule récapitulant les obligations réglementaires !

Alors, à votre avis, pour cette commission radioprotection et vigilances de la FNMR, combien pensez-vous qu'il y ait de radiologues pour s'en occuper ? Un seul ! Oui, vous avez bien lu : un seul ! Il faut donc vivement remercier M. Alain Noël, physicien médical, qui pendant plusieurs

années a permis à la FNMR de bénéficier d'avis techniques, de conseils et même régulièrement de représentations crédibles auprès de nos interlocuteurs. Il a aussi poursuivi, remanié et approfondi l'œuvre très littéraire du Dr Philippe Marelle (fascicule annuel des obligations réglementaires). M. Noël prenant sa retraite, nous sommes soulagés de savoir que M. Vincent Plagnol, physicien médical qui travaille notamment pour des radiologues de Perpignan, et qui avait été recommandé par le Dr Paul-Marie Blayac, a accepté de prendre sa succession depuis le 1^{er} février 2021.

Il faut absolument que plusieurs d'entre vous se manifestent, et acceptent de prendre une petite part d'un ouvrage collectif intéressant, permettant des rencontres enrichissantes.

Néanmoins, pour toutes ses missions, auprès de l'ASN, auprès de la DGT, de la SFRP, de l'IRSN, pour le lien avec les autres composantes du Conseil National Professionnel de la

radiologie (G4) et encore un grand nombre d'interlocuteurs, il n'y a qu'un seul radiologue de la FNMR. Il est aisé de comprendre que c'est extrêmement insuffisant et qu'inévitablement on va dans le mur ! **Notre parole deviendra de moins en moins audible et des décisions vont se prendre contre nos avis ou sans même que nous soyons consultés !**

Cela fait plusieurs fois maintenant que vous êtes alertés, vous les radiologues adhérents de la FNMR. C'est maintenant à vous de savoir ce que vous voulez, totalement baisser les bras, ou participer et prendre au moins en partie votre avenir en main. Vous ne pourrez pas dire que vous n'avez pas été prévenus, et une fois qu'un certain nombre de réglementations injustifiées mais chères auront été mises en place, il sera trop tard pour venir s'en plaindre.

Il faut absolument que plusieurs d'entre vous se manifestent, et acceptent de prendre une petite part d'un ouvrage collectif intéressant, permettant des rencontres enrichissantes. Que ce comité à mettre en place ait plaisir à se réunir même peu fréquemment, un peu comme des amis qui se retrouvent. Dans un contexte de fin de carrière pour beaucoup d'entre nous, il est indispensable qu'un renouvellement s'opère de façon organisée et harmonieuse. Pour nous tous et in fine pour nos patients. ■

Dr Emmanuel MUSEUX
Radiologue à Saint-Nazaire





À la suite des élections aux Unions Régionales de Professions de Santé, tenues en mars-avril 2021, les nouveaux élus se sont réunis et ont procédé à l'élection de leur bureau.



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Présidente : **Dr SYLVIE FILLEY-BERNARD** | ANESTHÉSISTE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 1^{er} Vice-Président : **Dr CHARLES-HENRY GUEZ** | GÉNÉRALISTE, SML
 2^e Vice-Président : **Dr YANNICK FREZET** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Trésorier : **Dr ERIC TEIL** | **RADIOLOGUE**, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier adjoint : **Dr DIDIER ANNE** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Secrétaire : **Dr JEAN TAFAZZOLI** | GÉNÉRALISTE, UFML
 1^{er} Secrétaire adjoint : **Dr SALOMON BENCHETRIT** | CHIRURGIEN, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 2^e Secrétaire adjoint : **Dr EMMANUEL ZENUO** | ORL, UFML

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Président : **Dr ERIC BLONDET** | NEURO-CHIRURGIEN, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr CHRISTINE BERTIN-BELOT** | GÉNÉRALISTE, SML
 Vice-Président : **Dr NORDINE DEFFAR** | UROLOGUE, UFML
 Vice-Président : **Dr ANNE-LAURE BONIS** | GÉNÉRALISTE, MG
 Trésorier : **Dr PATRICK BOUILLOT** | ENDOCRINOLOGUE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier adjoint : **Dr DAVID TAUPENOT** | GÉNÉRALISTE, MG
 Trésorier adjoint : **Dr BENOÎT AUGE** | RHUMATOLOGUE, CSMF
 Secrétaire général : **Dr CHRISTOPHE THIBAUT** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire général adjoint : **Dr PIERRE-CHARLES HENRY** | UROLOGUE, SML
 Secrétaire général adjoint : **Dr MARTIN AMBROISE** | GÉNÉRALISTE, UFML



BRETAGNE

Président : **Dr THIERRY LABARTHE** | GÉNÉRALISTE, SML
 1^{er} Vice-Président : **Dr LOÏC KERDILES** | ANESTHÉSISTE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 2nd Vice-Président : **Dr YVES FROGER** | PSYCHIATRE, CSMF
 Secrétaire général : **Dr IVANE AUDO** | GÉNÉRALISTE, FMF
 1^{er} Secrétaire général adjoint : **Dr CÉDRIC FABRE** | GÉNÉRALISTE, MG
 2^e Secrétaire général adjoint : **Dr MARC PERRUSSEL** | DERMATOLOGUE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier : **Dr YANN PRIGENT** | BIOLOGISTE, FMF
 Trésorier adjoint : **Dr ALAIN BERTHIER** | GÉNÉRALISTE, MG

CENTRE-VAL-DE-LOIRE

Président : **Dr RAPHAËL ROGEZ** | NEUROLOGUE, CSMF
 Vice-Présidente : **Dr ALICE PERRAIN** | GÉNÉRALISTE, MG
 Vice-Présidente : **Dr NATHALIE GERVAISE** | ENDOCRINOLOGUE, CSMF
 Trésorier : **Dr PIERRE BIDAUT** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Trésorier adjoint : **Dr JEAN-PAUL DA SILVA** | GÉNÉRALISTE, MG
 Secrétaire : **Dr FABIENNE KOCHERT** | PÉDIATRE, SML
 Secrétaire adjointe : **Dr LAURENCE PETINAY** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire adjoint : **Dr DOMINIQUE ENGALENC** | ORL, CSMF



CORSE

Président : **Dr ANTOINE GRISONI** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 1^{er} Vice-Président : **Dr CÉCILIA COSTA** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 2^e Vice-Président : **Dr DANIELLE ANTONINI** | CARDIOLOGUE, CSMF
 Trésorier : **Dr LAURENT TINSI** | CHIRURGIEN, CSMF
 Trésorier adjoint : **Dr PATRICE GABANOTI** | GASTRO-ENTÉROLOGUE, CSMF
 Secrétaire général : **Dr AUGUSTIN VALLET** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 1^{er} Secrétaire général adjoint : **Dr CLÉMENT FILIPPI** | CHIRURGIEN, CSMF
 2^e Secrétaire général adjoint : **Dr FRANCESCO SUZZARINI** | GÉNÉRALISTE, CSMF



GRAND-EST

Président : **Dr CLAUDE BRONNER** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire général : **Dr THIERRY VERMERSCH** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Trésorier : **Dr THIERRY BOUR** | OPHTALMOLOGUE, AV SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr ANNE BELLUT** | DERMATOLOGUE, CSMF
 Vice-Président : **Dr THOMAS RIPERT** | CHIRURGIEN, UFML
 Vice-Président : **Dr XAVIER GRANG** | GÉNÉRALISTE, MG
 Vice-Président : **Dr BERNARD LLAGONE** | CHIRURGIEN, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr GUILAINE KIEFFER** | GÉNÉRALISTE, SML

HAUTS-DE-FRANCE

Président : **Dr BRUNO STACH** | PNEUMOLOGUE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr GUILLAUME CHATELAIN** | ANESTHÉSISTE, CSMF
 Vice-Président : **Dr MAXIME BALOIS** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Trésorier : **Dr BERTRAND DEMORY** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Trésorier adjoint : **Dr YVES BACHELET** | ANESTHÉSISTE, SML
 Secrétaire : **Dr QUENTIN BOYER** | GÉNÉRALISTE, MG
 Secrétaire adjoint : **Dr PATRICK CHASTANET** | **RADIOLOGUE**, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Secrétaire adjoint : **Dr PHILIPPE TREHOU** | GÉNÉRALISTE, FMF



ÎLE-DE-FRANCE

Présidente : **Dr VALÉRIE BRIOLE** | RHUMATOLOGUE, UFML
 Vice-Président : **Dr BERTRAND DE ROCHAMBEAU** | GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr MARDOCHE SEBBAG** | GÉNÉRALISTE, SML
 Trésorier : **Dr PATRICK SIMON-LANEUVILLE** | OPHTALMOLOGISTE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier adjoint : **Dr BERNARD ELGHOZI** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire générale : **Dr NATHALIE LEROY** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire générale adjointe : **Dr NATHALIE REGENSBURG DE ANDREIS** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Secrétaire général adjoint : **Dr ERIC TANNEAU** | PSYCHIATRE, SML

NORMANDIE

Président : **Dr ANTOINE LEVENEUR** | GÉNÉRALISTE, FMF
 1^{er} Vice-Président : **Dr MARC DURAND-REVILLE** | GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, AVENIR SPE-LE BLOC
 2^e Vice-Président : **Dr PHILIPPE CHOLET** | GÉNÉRALISTE, FMF
 3^e Vice-Président : **Dr CATHERINE GINDREY** | PÉDOPSYCHIATRE, AVENIR SPE-LE BLOC
 Secrétaire général : **Dr STÉPHANE PERTUET** | GÉNÉRALISTE, FMF
 1^{er} Secrétaire général adjoint : **Dr ÉRIC KALUZINSKI** | CHIRURGIEN PLASTICIEN, AVENIR SPE-LE BLOC
 2^e Secrétaire général adjoint : **Dr BRUNO BUREL** | GÉNÉRALISTE, SML
 3^e Secrétaire général adjoint : **Dr PHILIPPE MAUBOUSSIN** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Trésorier : **Dr FRÉDÉRIC JEGOU** | ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR, AVENIR SPE-LE BLOC
 Trésorier adjoint : **Dr FRANÇOIS CHAVATTE** | **RADIOLOGUE**, AVENIR SPE-LE BLOC
 Membre du Bureau : **Dr PAULINE BEETOT-SASSIGNEUX** | GASTRO-ENTÉROLOGUE, AVENIR SPE-LE BLOC
 Membre du Bureau : **Dr HUBERT BEAUCHEF** | GÉNÉRALISTE, FMF





NOUVELLE-AQUITAINE

Président : **Dr BENOÎT FEGER** | ORL, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Vice-Président : **Dr DIDIER SIMON** | GÉNÉRALISTE, MG
 Trésorier : **Dr JEAN-CHARLES BOURRAS** | **RADIOLOGUE**, SML
 Trésorière adjointe : **Dr CLAIRE CADIX** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire : **Dr SANDRINE BRUGÈRES** | GYNÉCOLOGUE, CSMF
 Secrétaire adjointe : **Dr BÉATRICE FAZILLEAUD** | GÉNÉRALISTE, CSMF

OCCITANIE

Président : **Dr JEAN-CHRISTOPHE CALMES** | GÉNÉRALISTE, MG
 1^{er} Vice-Président : **Dr PHILIPPE CUQ** | CHIRURGIEN, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 2^e Vice-Président : **Dr JÉRÔME MARTY** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Secrétaire général : **Dr LAURENCE SAFONT** | PNEUMOLOGUE, CSMF
 1^{er} Secrétaire général adjoint : **Dr JEAN-MARC LARUELLE** | GÉNÉRALISTE, FMF
 2^e Secrétaire général adjoint : **Dr FRANÇOIS ESCAT** | GÉNÉRALISTE, UFML
 Trésorier : **Dr JÉRÔME LIOTIER** | ANESTHÉSISTE, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier adjoint : **Dr CYRILLE CHAUGNE** | GÉNÉRALISTE, SML



PAYS DE LA LOIRE

Président : **Dr JEAN-BAPTISTE CAILLARD** | CARDIOLOGUE, CSMF
 Vice-Président : **Dr PASCALE GEOFFROY** | GÉNÉRALISTE, MG
 Vice-Président : **Dr ZAKARY CAHOUC** | **RADIOLOGUE**, AVENIR SPÉ - LE BLOC
 Trésorier : **Dr CÉCILE GUIHENEUF** | PÉDIATRE, SML
 Trésorier adjoint : **Dr OLIVIER TEFFAUD** | GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, AVENIR SPÉ - LE BOC
 Secrétaire : **Dr PHILIPPE COLLEN** | GÉNÉRALISTE, MG
 Secrétaire adjoint : **Dr EDMOND BLERLOT** | GÉNÉRALISTE, SML
 Secrétaire adjoint : **Dr VINCENT SIMON** | GÉNÉRALISTE, CSMF

PROVENCE-ALPES-CÔTES D'AZUR

Président : **Dr LAURENT SACCOMANO** | MÉDECIN VASCULAIRE, FMF
 Vice-Président : **Dr SIMON FILIPPI** | GÉNÉRALISTE, MG
 Vice-Président : **Dr MEYER SABBAH** | GÉNÉRALISTE, UC
 Trésorier : **Dr PHILIPPE SAMAMA** | CARDIOLOGUE, CSMF
 Trésorier adjoint : **Dr PATRICE PETIT** | TRÉSORIER ADJOINT, UC
 Secrétaire : **Dr SÉBASTIEN ADNOT** | GÉNÉRALISTE, MG
 Secrétaire adjoint : **Dr DOMINIQUE THIERS BAUTRANT**, GYNÉCOLOGUE, FMF
 Secrétaire adjoint : **Dr ERIC SENBEL** | RHUMATOLOGUE, CSMF



OUTRE-MER



GUADELOUPE

**LES RÉSULTATS NE NOUS SONT PAS PARVENUS
 À L'HEURE OÙ NOUS METTONS SOUS PRESSE**



GUYANE



Président : **Dr JACQUES BRETON** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 1^{er} Vice-Président : **Dr MAX GÉRARD** | OPHTALMOLOGUE, CSMF
 2^e Vice-Président : **Dr CHRISTIAN ROHRBACHER** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Secrétaire général : **Dr ÉMILIE SAMBOURG** | DERMATOLOGUE, CSMF
 Secrétaire général adjoint : **Dr SERGE PLENET** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Secrétaire général adjoint : **Dr TASSADIT BENHABIB** | NÉPHROLOGUE, CSMF
 Trésorier : **Dr EMMANUEL LARSABAL** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Trésorier adjoint : **Dr MIRYAM MICHELLE** | GOLDZAK GÉNÉRALISTE, CSMF

MARTINIQUE



Présidente : **Dr ANNE CRIQUET-HAYOT** | GÉNÉRALISTE, FMF
 1^{er} Vice-Président : **Dr GILLES GOULON** | CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE, FMF
 2^e Vice-Présidente : **Dr YOLÈNE BELLON-TULLE** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Secrétaire général : **Dr ÉTIENNE BRIAND** | CHIRURGIEN PLASTICIEN, FMF
 1^{er} Secrétaire générale adjointe : **Dr SANDRINE TIGNAC** | GÉNÉRALISTE, FMF
 2^e Secrétaire général adjoint : **Dr JOSIANE JOS-PELAGE** | PÉDIATRE, FMF
 Trésorier : **Dr CHARLES-HENRI BELLON** | GÉNÉRALISTE, FMF
 Trésorière adjointe : **Dr CAROLINE JOUANNELLE-SULPICY** | ANATOMO-CYTO-PATHOLOGISTE, FMF

OCÉAN INDIEN



Présidente : **Dr CHRISTINE KOWALCZYK** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 1^{er} Vice-Présidente : **Dr CYNDIE JAGLALE LETNIEWSKI** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 2^e Vice-Président : **Dr GEOFFRAY RAMBAUD** | CARDIOLOGUE, CSMF
 Secrétaire général : **Dr SANDRINE BORDIER** | GÉNÉRALISTE, CSMF
 Secrétaire général adjoint : **Dr MICKAËL BEGUE** | ONCOLOGUE RADIOTHÉRAPEUTE, CSMF
 Trésorier : **Dr FRÉDÉRIC VASSAS** | CHIRURGIEN STOMATOLOGUE, CSMF
 Trésorier adjointe : **Dr ÉLODIE HUOT** | GÉNÉRALISTE, MG

Petites annonces

REPLACEMENTS / ASSOCIATIONS

10957 75015 À VENDRE - Cabinet bon emplacement, radio convent, ostéo, mammo, cone beam, écho... accès scanner et IRM.

> **Contact : 06.22.97.96.91.**

10958 75017 Centre d'imagerie avec plateau technique complet sur 1 seul site (Scanner, IRM, mammo tomosynth, 4 salles d'écho, table radio capteur plan) équipe jeune, activité spécialisée possible, **CERCHE RADIOLOGUES INSCRITS CO/URSSAF** pour remplacements ponctuels ou réguliers en vue association.

> **Contact : scannermanincrimée@gmail.com**

10959 30 BAGNOLS-SUR-CÈZE (30 mm Avignon, 45 mm Nîmes, 1h Montpellier) – cause retraite, **RECHERCHE SUCCESEUR**, SELARL 6 associés, 2 sites + scan + IRM,

mammo, tomosynth. Activité polyvalente. Pas de garde.

> **Contact : Dr V. Segal : valere.segal@orange.fr – 06.70.19.34.64.**

10960 62 ARRAS. Groupe 4 radiol, 3 istopistes. **CERCHE :**

• **2 RADIOLOGUES (PRÉFÉRENCE ACCA).**
 1 site relié à clinique : salles numérisées, salle interventionnelle, échographie, sénologie, 2 scanners GE et 1 IRM, 1 Cone beam, 1 EOS. 1 centre de médecine

- 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

nucléaire 3 gamma caméras, 1 TEPSCAN. 1 site centre ville : radio conv, séno, écho, IRM au CH partenariat public/privé. Site internet : www.radiopole-artois.com.

• **RADIOL/ÉCHO** dans le cadre d'un contrat de médecin collaborateur libéral, de préférence à temps plein.

> **Contacts : Dr Bruno Dehouck : drdehouck@radiopole-artois.com – 06.84.81.74.15**
 > **Mme Béatrice Zabczinski : beatrice.zabczinski@radiopole-artois.com – 03.21.21.03.79.**

10961 22 SAINT-BRIEUC (Préfecture 22) – Cabinet privé centre-ville, 2 radiologues associés. **CERCHE SUCCESEURS EN VUE DÉPART RETRAITE.** Radio convent, mammo tomosynthèse Fuji 2018, échos GE 2014 et 2019. Accès IRM et TDM.

> **Contact : pierreguezenc1@gmail.com – Tel : 06.85.08.47.36.**

DACS :

comment optimiser

la dose patient



FORMATEURS :

M. Xavier GALUS,
manipulateur en imagerie
médicale dans un centre
de lutte contre le cancer

Mme Estelle GUENEAU,
cadre de santé spécialisé
sénologie et référente logiciel
de gestion de la dose

**ENSEIGNEMENT EN LIGNE ET ÉLIGIBLE
AU DPC DU MANIPULATEUR**

1. Mettre en œuvre un DACS ;
2. Optimiser les pratiques quotidiennes ;
3. Identifier toutes les applications possibles du DACS ;
4. Rédiger le cahier des charges adapté au service d'imagerie ;
5. Organiser la bonne utilisation du DACS.

TARIF : 380 €

Vous êtes **manipulateur salarié d'un centre libéral** comptant moins de 50 salariés ?
Vous pouvez alors bénéficier de la prise en charge simplifiée de votre **inscription par l'OPCO du libéral**. Inscriptions également ouvertes aux **médecins radiologues**.

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

forcomed.fr |  |  | 

 **FORCOMED**

LA RÉFÉRENCE DES FORMATIONS
EN RADIOLOGIE

LABELIX

La téléradiologie

Le recours à la téléradiologie se généralise dans nos structures d'imagerie médicale. Certains d'entre nous pensent qu'ils ne sont pas concernés car ils ne recourent pas au service d'une société commerciale de téléradiologie. Il n'en est rien !

Interpréter des examens entre différents sites d'une même structure ou dans le cadre de la permanence des soins (PDS) est bien une activité réalisée en téléradiologie.

Le chapitre 8 du référentiel Labelix s'applique donc à ces cas de figure et vous aidera à vous mettre en conformité.

Vous trouverez dans ce supplément les avis de sociétés d'accompagnement et leur analyse sur la téléradiologie. ■

Dr Jean-Charles LECLERC
Président de la Commission de labellisation

 **FORCOMED**

Classe virtuelle le jeudi 9 décembre 2021 « Responsable et référent Qualité LABELIX ».

LABELIX est le référentiel conçu par les radiologues pour assurer la maîtrise de leur outil de travail et ses enjeux.

- Formation dédiée aux structures en-cours de labellisation ou souhaitant se lancer dans une démarche d'assurance de la Qualité.
- Vous apprenez les fondamentaux pour mettre en œuvre votre démarche Qualité.
- Programme adapté au médecin radiologue ou toute autre personne qui aura pour mission de faire vivre la démarche Qualité.

TARIF : 740 €

670 € (ADHÉRENT FNMR)

FORMATEURS

Dr Jean-Charles LECLERC, médecin radiologue
et président de la commission LABELIX
Marie-Cécile COS, qualitiennne

Renseignements et inscriptions :

Tél. : 01 53 59 34 02 - www.forcomed/contact



Labelix : une méthode sécurisée de déploiement de la téléradiologie

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient¹. »

Fort de cette définition réglementaire, la notion de téléradiologie s'articule autour de deux types d'actes :

- **Le télédiagnostic**, qui consiste à prendre en charge les patients pour la réalisation, à distance, d'un examen d'imagerie en cas d'absence de radiologue sur place. À ce titre, le Conseil National Professionnel de Radiologie, dans la **Charte de téléradiologie 2018**, précise que ce télédiagnostic, en l'absence de définition juridique spécifique, peut être assimilé à la téléconsultation au sens de l'article L6316-1 du Code de Santé Publique,
- **La téléexpertise**, qui consiste à demander un second avis à un radiologue spécialiste d'organe, à distance, à la suite d'une première lecture par un radiologue.



Le site d'imagerie médicale qui souhaite développer une activité de téléradiologie reste cependant soumis à des exigences contraignantes. La HAS rappelle, notamment, que « la réalisation des actes d'imagerie [...] doit garantir la protection et la sécurité des données personnelles de santé² ». Plus encore, parce qu'elle est intrinsèquement liée à un ou plusieurs Systèmes Informatiques de Santé, la téléradiologie s'accompagne d'un accroissement significatif des menaces et des risques d'atteintes aux informations conservées sous forme électronique.

L'ASIP Santé³ précise que cet usage « s'accompagne d'une dématérialisation massive des données qui présente des risques

inhérents à tout système d'information [...]. À titre d'exemples :

- Une non disponibilité des données de santé à un moment crucial peut entraîner une imprécision, des retards ou des erreurs dans les diagnostics, et se traduire par une perte de chance pour le patient⁴ [...];
- Un défaut d'intégrité des données de santé, comme l'altération d'un dossier de santé, est susceptible d'entraîner des erreurs médicales, voire un préjudice vital envers le patient⁵ [...]. »

La Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé définit les exigences en matière de sécurité s'appliquant à tout SIS et ses différentes règles fournissent aux centres d'imagerie les grandes orientations en matière d'identification des risques et niveaux de sécurité requis.

Dans ce contexte, le référentiel LABELIX offre la possibilité de mettre en place une méthode sécurisée et rassurante de déploiement de la téléradiologie en commençant par une simple interrogation : le projet de téléradiologie est-il défini en cohérence avec l'analyse de risques du Centre d'Imagerie ?

Thibault LABARTHE – Carron Consultants

1. Article L6316-1 du Code de la Santé publique.
 2. Haute Autorité de Santé, Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : Qualité et sécurité des actes de téléimagerie – Guide de bonnes pratiques. Mai 2019.
 3. Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
 4. Rappelons, à ce sujet, que la réalisation d'un acte d'imagerie avec interprétation à distance est un acte synchrone, c'est-à-dire réalisé et interprété en temps réel. Le potentiel effet d'un retard peut être, dès lors, critique pour un patient.
 5. ASIP Santé, Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) : Principes fondateurs, juillet 2013 V1.0.

Démarche qualité et téléradiologie

L'interprétation à distance (ou télédiagnostic) au sein même de votre cabinet : comment encadrer cette pratique en termes de démarche qualité et gestion des risques ?

Vous vous dites peut-être que vous n'êtes pas concerné par la téléradiologie car vous ne travaillez pas directement avec une société externe proposant ce type de prestation. Mais, finalement, qu'est-ce réellement « la téléradiologie » ?

La téléradiologie consiste en *la consultation et l'interprétation d'images radiologiques ou échographiques à distance*. Elle se divise en deux activités :

- La téléexpertise : permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières pour la prise en charge d'un patient.
- Le télédiagnostic : le médecin radiologue organise à distance et sous son contrôle la réalisation, par un manipulateur, d'un examen d'imagerie puis l'interprète et rend compte de son résultat, de la façon la plus similaire possible à ce qui aurait été fait en direct au sein du cabinet ou de l'établissement.

Arrêtons-nous sur le télédiagnostic : n'avez-vous jamais interprété des images radiologiques à distance ?

Vous assurez la vacation du scanner et de la radiologie conventionnelle mais sans pouvoir interpréter en direct pour ces deux modalités... ? Ou vous êtes « désigné » sur le planning du jour en « interprétation » ... ? Il s'agit donc d'interprétation à distance et donc bien de télédiagnostic !



Mais quelles sont vos obligations en termes de démarche qualité et de gestion des risques vis-à-vis de cette pratique dans le circuit de prise en charge du patient ?

LA JUSTIFICATION D'ACTE

Tout examen d'imagerie doit bénéficier d'une justification conjointe de l'examen (par le demandeur avec validation de l'indication par le radiologue). Le radiologue pourra ainsi indiquer une substitution vers des techniques alternatives si nécessaire.

Le recueil de l'ensemble des renseignements cliniques et para-cliniques nécessaires à la bonne interprétation des images est obligatoire même en téléradiologie ! Le radiologue doit être informé de tout élément pertinent utile à la bonne prise en charge du patient : antécédents médicaux et chirurgicaux, existence d'examen antérieurs radiologiques ou autres (comptes rendus d'endoscopie, d'anatomopathologie, d'ECG, d'EFR, etc.).

L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET LE COMPTE RENDU D'EXAMEN

Le compte rendu d'examen doit répondre aux mêmes obligations qu'une interprétation sur site. N'oubliez donc pas, par exemple, le report de dose s'il n'est pas automatique.

Ces deux points représentent des obligations « pratiques » dans la prise en charge des patients. N'oubliez pas également de formaliser cette organisation, de veiller au respect des règles de radioprotection, ... et de disposer des moyens techniques nécessaires ! Afin de ne rien oublier dans l'encadrement de cette pratique de téléradiologie, le référentiel Labelix y dédie le chapitre 8. Vous savez désormais que, au-delà de la téléradiologie externalisée, la réalisation d'interprétations à distance au sein de votre structure, par vos radiologues, vous incombe de répondre aux exigences du chapitre 8 du référentiel Labelix ! ■

Virginie MOTTE – CÉOS'Consult

Les bonnes pratiques de téléradiologie

Il n'y a pas de définition officielle de la téléradiologie. Pour rester simple, nous pouvons dire que la téléradiologie est l'application de la télé-médecine à l'imagerie médicale. C'est un acte d'imagerie au cours duquel un radiologue, distant du patient, requis par un autre médecin, intervient via des technologies de l'information et de la communication.

De nombreux textes traitant de l'organisation de la téléradiologie, français ou européens, ont été publiés. Un des plus importants est la charte de téléradiologie (version avril 2020) rédigée par le G4 en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. Mais un seul texte relève de la réglementation. C'est le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine, qui, comme son nom l'indique traite de la télé-médecine en général ... et ne dit rien de spécifique sur la téléradiologie.

Ainsi, aujourd'hui en France, l'exercice de la téléradiologie n'est pas réglementé. Il ne repose que sur des recommandations de bonnes pratiques qui ne sont pas opposables. Avec des risques de dérives et d'abus.

Il convient donc de rappeler ces bonnes pratiques. Elles sont décrites dans le chapitre 8 du référentiel Labelix qui est à ce jour le document le plus détaillé et le plus synthétique sur le sujet.

Que ce soit de la téléradiologie interne (entre plusieurs sites d'un même groupe) ou de la téléradiologie externe (entre un centre d'imagerie et un prestataire externe, quelle que soit la nature de ce dernier), le respect de ces bonnes pratiques est fondamental. Nous rappelons les principales dans cet article, sans chercher à être exhaustif. Notre rôle est de militer pour leur respect.

L'organisation de la téléradiologie doit être formalisée dans le projet médical d'organisation de l'imagerie du site demandeur, en intégrant la dimension technique, la dimension organisationnelle et la dimension médicale.

Les droits du patient doivent être respectés.

Le champ d'application du projet de téléradiologie doit être précisé : permanence des soins et/ou activité réglée et/ou demande de seconds avis, ...

En cas d'activité de téléradiologie externe, un contrat doit être signé par les parties intéressées. Il doit être communiqué au Conseil de l'Ordre des Médecins.

L'activité de téléradiologie doit respecter les règles de sécurité informatique et de cybersécurité (RGPD, échanges médicaux maîtrisés et sécurisés, réseau informatique sécurisé et dédié, confidentialité des échanges assurée, identification sûre des acteurs, droits d'accès de chaque utilisateur prédéfinis par écrit et gérés, gestion des identifiants procédurée).

Comme en radiologie présente, le principe de justification des actes doit être respecté. Si nécessaire, un dialogue entre le téléradiologue et le patient et/ou le médecin demandeur de proximité doit être possible.

Une demande d'examen détaillée, rédigée par le médecin demandeur de proximité, doit être rédigée et adressée au téléradiologue qui validera l'indication avant la réalisation de l'acte.



La sécurité du patient pendant (et si nécessaire après) la réalisation de l'acte d'imagerie doit être assurée.

En cas d'injection de produit de contraste (dont l'indication dépend du téléradiologue), le médecin de proximité assure la surveillance du patient et gère les éventuels effets indésirables.

Les règles de radioprotection du patient et les recommandations de bonnes pratiques de magnétoprotection du patient doivent être respectées.

La qualité technique de l'acte d'imagerie réalisé par le manipulateur doit être maîtrisée.

Les protocoles d'acquisition doivent être prédéfinis et respectés. Si nécessaire, le téléradiologue doit pouvoir guider la réalisation de l'acte. Il s'assurera que la qualité de l'examen est suffisante pour une interprétation adéquate.

La transmission des images et des données médicales doit être maîtrisée.

Comme en présentiel, un dossier patient unique sera constitué et les règles d'identitovigilance seront respectées.

Les protocoles de transmission et de communication seront préétablis par écrit et les échanges seront sécurisés et tracés.

L'intégrité des données sera vérifiée à la fin du transfert, avec reprise partielle des données en cas d'échec de transmission.

Le téléradiologue interprètera l'examen en pouvant accéder rapidement aux examens antérieurs, si nécessaire.

Un compte rendu sera systématiquement rédigé, validé et signé électroniquement par le téléradiologue puis transmis de manière sécurisée via le système d'information. Le compte rendu devra être transmis au médecin de proximité dans des délais compatibles avec la bonne prise en charge du patient, au besoin immédiatement en cas d'urgence vitale ou fonctionnelle. Les moyens techniques d'échanges des données doivent être maîtrisés.

Si un opérateur indépendant est sollicité pour la conservation des données d'imagerie, il doit être agréé hébergeur des données de santé.

Pour assurer une bonne interprétation des images, les outils de lecture et de traitement des images doivent être adaptés à la nature des examens.

Des solutions de secours et de contournement doivent être prévues, en cas de panne de la chaîne de transmission.

Les données échangées seront sauvegardées conformément à la réglementation en vigueur.

Les compétences des téléradiologues et des autres acteurs concernés doivent être maîtrisées et actualisées. Ils doivent en particulier avoir reçu des formations spécifiques à ce mode d'exercice.

Enfin, les professionnels concernés doivent avoir une assurance en responsabilité civile professionnelle couvrant l'activité de téléradiologie. ■

Dr Hervé LECLET – Martine MADOUX – Société Santopta

ORGANISATION ET EXERCICE DE LA TÉLÉRADIOLOGIE : PRINCIPAUX TEXTES

Textes réglementaires

- Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

JORF du 16 mai 2007

- Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. JORF du 21 octobre 2010

G4

- Charte de téléradiologie (version avril 2020). En partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins
- Cahier des charges de la convention médicale de télé-radiologie (2011)
- Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie élaboré par le Conseil Professionnel de la Radiologie (G4) et par le Conseil national de l'Ordre des médecins (2011)
- Fonctions du manipulateur dans le cadre de la télé-radiologie (septembre 2012)
- Cahier des charges de la convention médicale de télé-radiologie (février 2014)

Groupe SFR – Téléradiologie

- Télé-expertise radiologique (document non daté)

HAS

- Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine (juin 2013)
- Efficience de la télémédecine : État des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation (juillet 2013)
- Qualité et sécurité des actes de téléimagerie. Guide de bonnes pratiques (mai 2019)

DGOS

- Télémédecine et responsabilités juridiques engagées (mai 2012)
- Recommandation pour la mise en œuvre de projet de télémédecine. Déploiement technique : urbanisation et infrastructure (mars 2012)
- Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine (mars 2012)

ANAP

- La télémédecine en action. Tomes 1 & 2 (2012)
- L'archivage du dossier patient. Enjeux et principes de mise en œuvre (septembre 2013)

SNITEM

- Téléimagerie – Téléradiologie : Recommandations du SNITEM et du Conseil professionnel de la radiologie (juin 2011)
- Télémédecine 2020 : Modèles économiques pour le télé-suivi des maladies chroniques. Livre Blanc (avril 2013)

European Society of Radiology

- Teleradiology in the European Union (2006)



Conseil National Professionnel de radiologie et imagerie médicale (G4)

associe toutes les composantes de la radiologie française



CHARTRE DE TÉLÉRADIOLOGIE

Février 2020

Préambule

Le Conseil Professionnel de la Radiologie (G4) soutient et contribue, tant au niveau national que régional et territorial, au développement de la téléradiologie qui est une organisation médicale de la prise en charge radiologique des patients, décrite dans le Guide du Bon Usage de la Téléradiologie élaboré avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2005. La téléradiologie s'inscrit dans le développement de la télémédecine, élément contributif à l'organisation des soins.

Deux chartes «Téléradiologie G4-CNOM» à visée éthique et déontologique avaient été élaborées en 2009 puis 2015. Un Cahier des Charges avait été rédigé en parallèle pour préciser les bonnes pratiques. Un engagement avait été pris pour faire évoluer la charte à la lumière des pratiques et de la réglementation en vigueur. Pour éviter des redondances et clarifier les recommandations du G4, cette nouvelle charte reprend et actualise ces deux textes en seul et même document.

Cette charte s'inscrit en particulier dans le cadre :

1. De la loi HPST, ses décrets d'application et leurs transcriptions dans le Code de la Santé Publique (CSP).
2. Des recommandations du CNOM et des productions méthodologiques de la HAS, de la DGOS et de l'ASIP-Santé.
3. De la réglementation en matière des données de santé à caractère personnel et des recommandations de la CNIL.

Cette charte est déclinée en 9 points

La charte de téléradiologie élaborée par le Conseil professionnel de radiologie médicale est destinée aux médecins spécialistes de radiologie et imagerie médicale (article L.4021-3 alinéa 4 du CSP). D'autres médecins spécialistes peuvent intervenir dans les limites de leur spécialité, en tant qu'effecteur, dans ces activités de téléradiologie et pourront y trouver des réponses utiles compte tenu de l'encadrement légal de l'utilisation des rayonnements ionisants.

EXTRAITS DES 9 POINTS DE LA CHARTE DE TÉLÉRADIOLOGIE

• 1. ACTE MÉDICAL

L'acte de téléradiologie est, comme tout acte de télémédecine, un acte médical à part entière au sens défini dans le CSP ...

• 2. JUSTIFICATION

La téléradiologie doit être justifiée et s'inscrire dans l'organisation des soins dans l'intérêt du patient ...

• 3. PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

La téléradiologie est organisée par les médecins radiologues, en coopération avec les autres professionnels concernés. Tous les intervenants doivent disposer des autorisations d'exercice et des compétences leur permettant d'assurer des télé diagnostics et des télé expertises en France ...

• 4. RÔLE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

• 4.1. POUR LE TÉLÉDIAGNOSTIC

L'acte de téléradiologie doit suivre comme pour un acte présentiel l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient ...

• 4.2. POUR LA TÉLÉ EXPERTISE

Le radiologue de proximité qui a validé et réalisé l'examen ou un médecin demandeur de télé expertise doit informer le patient et recueillir son consentement pour l'avis d'un radiologue télé-expert distant clairement identifié...

• 5. ASPECTS TECHNIQUES

L'ensemble des conditions techniques indispensables à la bonne réalisation d'un acte de téléradiologie doivent être respectées ...

• 6. CONTRACTUALISATION

La mise en œuvre d'un projet territorial de téléradiologie dépend de l'information ...

• 7. RÉMUNÉRATION ET FRAIS DE FONCTIONNEMENT.

7.1. Rémunération du radiologue en télédiagnostic

La valorisation de l'acte médical de téléradiologie doit reposer exclusivement sur la CCAM7, toute forfaitisation étant proscrite tant vis-à-vis de la structure demandeuse que du radiologue ...

• 8. SÉCURITÉ DES DONNÉES

La sécurisation de l'identification du patient et de tous les intervenants de la téléradiologie, de la confidentialité et de l'intégrité des échanges d'information doivent satisfaire au code de déontologie médicale et aux lois françaises ...

• 9. ÉVOLUTION DE LA CHARTE

La Société Française de Radiologie s'engage à faire évoluer ses recommandations nationales

Article 3 :

... La téléradiologie ne peut en aucun cas constituer une pratique exclusive de la radiologie ...

Téléradiologie : réglementation en 2021



FORMATEUR :

Dr Jean-Christophe Delesalle,
médecin radiologue

ENSEIGNEMENT À SUIVRE EN LIGNE

1. Définitions et Glossaire ;
2. Historique ;
3. Textes : fondateurs, Loi HPST, G4-CNOM ;
4. Aspects Techniques ;
5. État des Lieux.

Tarif : 119 €

Renseignements et INSCRIPTIONS

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

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

FORCOMED

LA RÉFÉRENCE DES FORMATIONS
EN RADIOLOGIE

**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

LABELIX
RÉFÉRENTIEL QUALITÉ EN IMAGERIE MÉDICALE

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