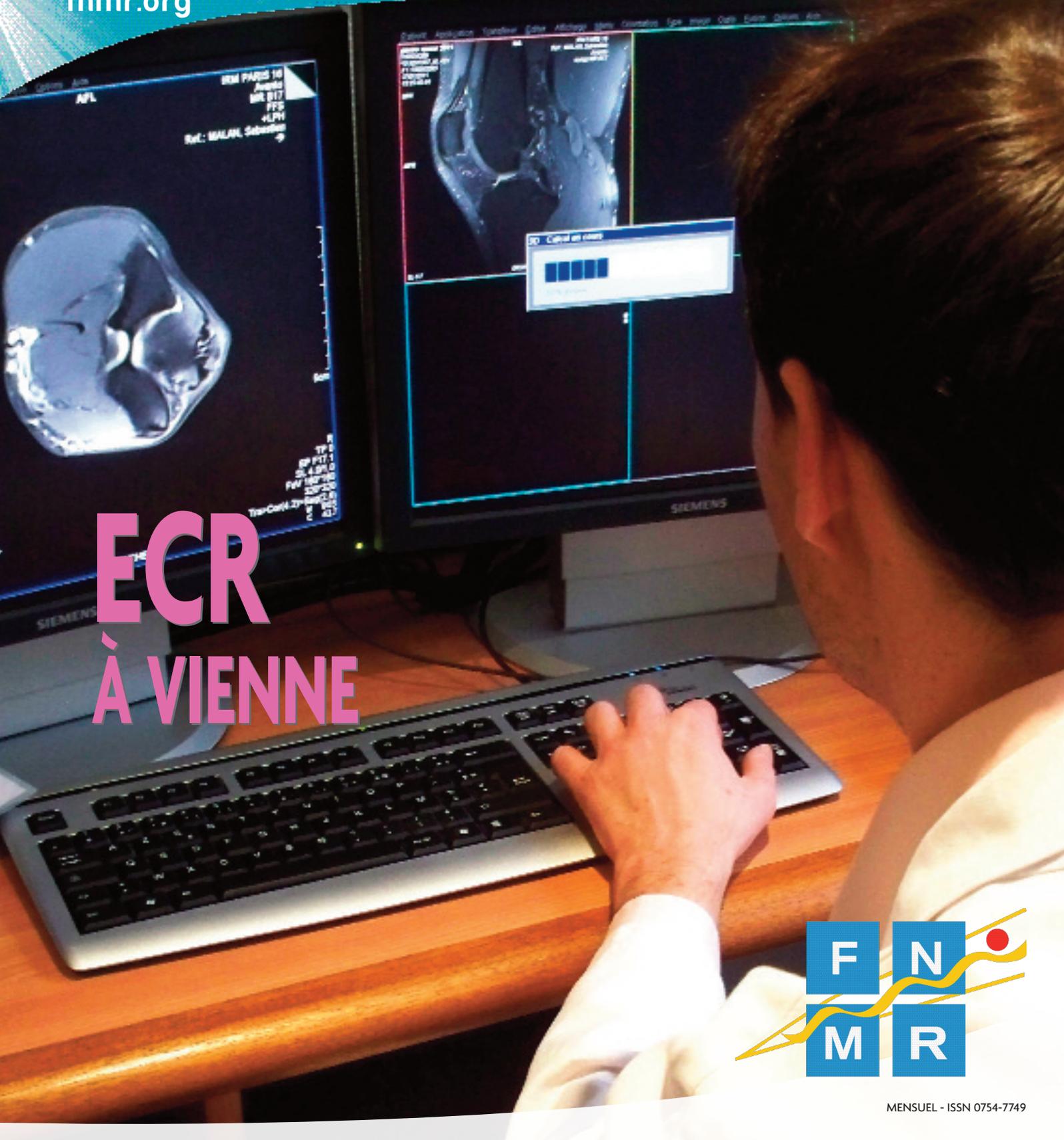


Le Médecin Radiologue de France

AVRIL # 335
2011

Le journal de la FNMR

fnmr.org

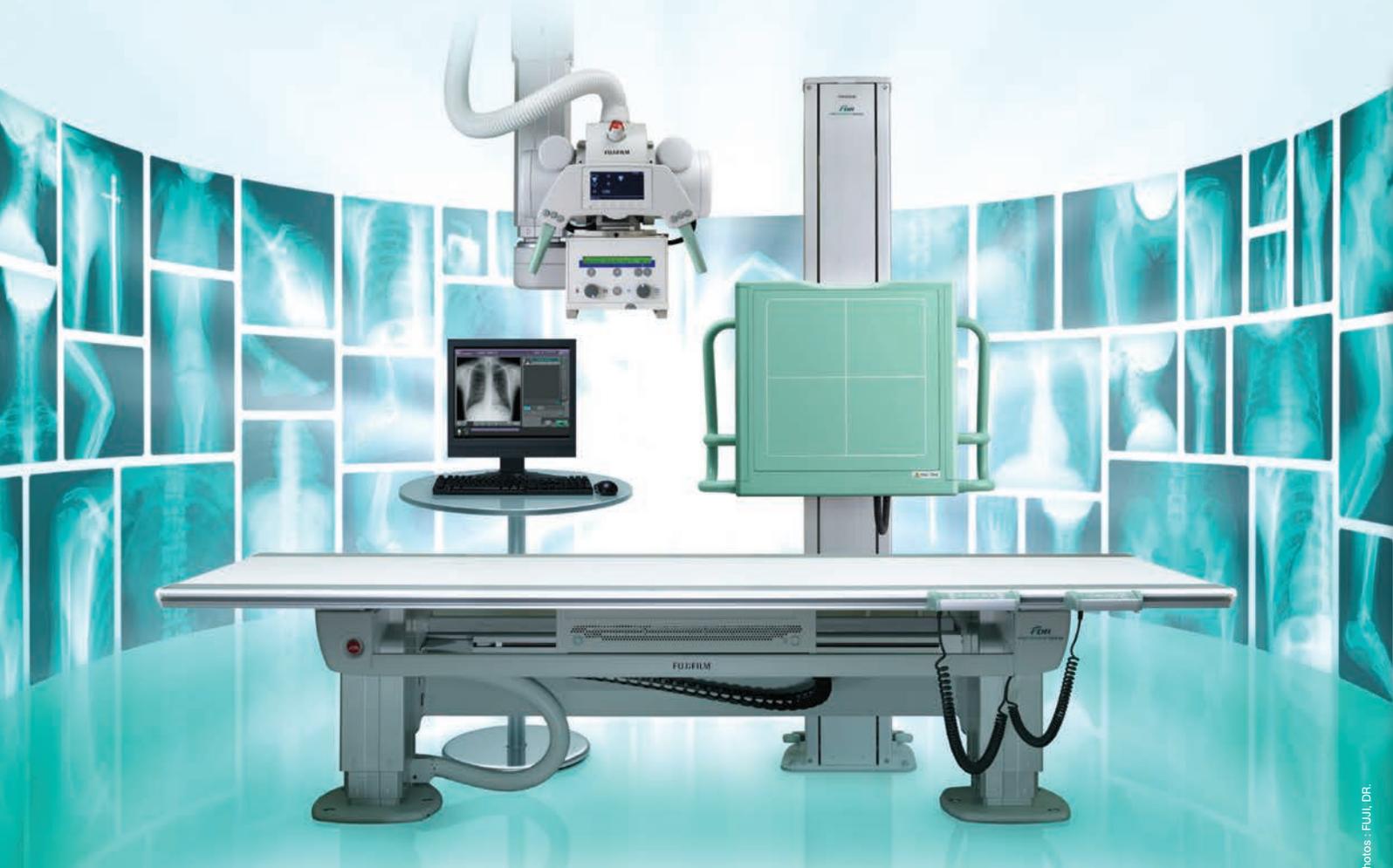


ECR À VIENNE



FDR

AcSelerate



LE MEILLEUR DE L'IMAGERIE NUMÉRIQUE

- Salle numérique bi-capteurs 43 x 43 cm
- Capteur plan à conversion directe a-Se
- Résolution de 150 μm
- DQE et MTF élevées
- Prévisualisation de l'image en 2 secondes
- Positionnement automatique
- Console d'acquisition compatible FCR et capteur plan mobile D-EVO





Dr Jacques NINEY

Donnons-nous les moyens

Le Conseil d'administration a élu le nouveau Bureau national de la FNMR. Dans ce Bureau, aux membres actifs depuis plusieurs années, se sont adjoints de nouveaux représentants chargés de préparer l'avenir de notre structure.

Les trois prochaines années seront importantes pour notre profession en

raison des enjeux qui s'offrent à nous. Nous devons tous ensemble y répondre et faire preuve d'initiatives, comme l'a toujours fait la FNMR.

Cette élection s'est faite sur un programme qui va animer nos axes d'actions.

□ Toujours rappeler à nos interlocuteurs, nos partenaires et nos tutelles que notre exercice, au cœur de la prise en charge du patient, est indispensable au système de soins Français. Quelle que soit la spécialité, nos correspondants ont besoin de nous pour diagnostiquer, suivre et traiter leurs patients. Ceci implique que l'imagerie et les médecins radiologues soient respectés, et ce particulièrement par nos interlocuteurs professionnels institutionnels. Il faut que tous ensemble nous fassions passer le message que la vision étriquée de l'imagerie comme source de dépenses n'amène pas d'économies à moyen terme, qu'elle est source de conflits avec un interlocuteur majeur du monde médical, et enfin qu'elle est potentiellement nuisible à la qualité de la prise en charge médicale des Français par la baisse des investissements qu'elle entraîne. Le plan pluriannuel négocié avec difficultés, sera, je l'espère, un début de prise en compte de la nécessité d'obtenir une vision médicale et financière dans un premier temps à moyen terme et, espérons le, à long terme ensuite.

□ Ceci amène à poursuivre la connaissance et la reconnaissance de notre spécialité. On se doit de multiplier les contacts, entrevues, réunions afin de faire passer nos messages. Je concède que, parfois, on se sente déçu mais, optimiste, je pense qu'il en reste toujours quelque chose, ce qui se vérifie a posteriori.

□ La loi HPST représente au travers de la création des ARS une modification très importante du relationnel dans le paysage médical. Par les conseils professionnels régionaux (G4) et les URPS les médecins radiologues seront certes des responsables et des interlocuteurs directs, mais il est du devoir du syndicat national d'éclairer et d'apporter son aide et son soutien. Par les moyens et l'expérience dont il dispose le Bureau national doit donner son expertise en dehors des contraintes locales. Malgré les pouvoirs qui sont attribués aux directrices et directeurs des ARS, les dirigeants de la FNMR mettront en garde les tutelles nationales et lutteront contre des dérives : en particulier celles concernant l'hospitalo-centrisme et l'utilisation des

médecins radiologues libéraux comme valeur d'ajustement à la PDS hospitalière.

□ Adhérer au projet professionnel commun, mais ce projet ne doit pas être dénaturé de sa fonction première qui est le regroupement réfléchi et voulu des médecins radiologues libéraux et publics. Extraire un des éléments de ce projet professionnel afin de servir les intérêts de certains doit être refusé.

□ La FNMR se doit également d'aider ses adhérents dans leur exercice et leur vie professionnelle quotidienne, ce à quoi tout le personnel administratif de notre syndicat s'emploie. J'en profite pour le remercier très sincèrement et chaleureusement.

Elle doit les aider dans la réflexion concernant le futur de leur mode d'exercice. En raison des contraintes démographiques, le regroupement des structures libérales va de plus en plus devenir une nécessité. Ces regroupements peuvent choquer et effrayer des médecins radiologues mais indépendamment de l'affectif, la réalité économique, démographique (successeurs à trouver) et le fait de ne pas être isolé face aux institutions les rend indispensables. Les formes peuvent en être multiples que ce soit en terme géographique, juridique, ou financier.

□ Réfléchir à l'avenir de notre spécialité et à son mode d'exercice. Nous sommes dans un monde économique et sociétal en mutation. Les médecins radiologues, par leur syndicat, ont toujours été une force de propositions et d'innovations. Cela doit se poursuivre, les axes de réflexion ne manquent pas. Un des principaux concerne la prise en compte des difficultés financières de nos patients et du reste à charge qui s'intensifie. Non seulement cette situation est problématique pour les patients eux-mêmes mais indirectement pour notre exercice quotidien. Nous devons réfléchir à partager nos visions et projets avec des interlocuteurs jusqu'à présent absents de nos contacts.

Ce programme est ambitieux mais nécessaire afin de défendre et promouvoir notre spécialité incontournable dans le parcours de soins. Les fermetures des cabinets de proximité nous interpellent humainement mais devraient également interpellier les responsables politiques et institutionnels qui sont la cause de cette atteinte à la prise en charge de proximité des citoyens. Cette promotion s'inscrit également dans la démarche initiée vers les patients.

La deuxième newsletter est jointe à ce numéro et sur le site FNMR ; vous devez mettre des exemplaires dans vos salles d'attente. L'ouverture du site qui leur est destiné aura lieu à la fin du mois d'avril.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 335

■ FNMR CA du 29 janvier 2011 : Le protocole imagerie	04
■ Réforme du système de santé : La nouvelle organisation régionale ARS et données statistiques	10 14
■ Revenus libéraux	16
■ ECR à Vienne : Tradition et modernité	18
■ Contrôle qualité : Modification du contrôle de qualité des scanners Mammographie numérique	20 22
■ Radiologie de proximité	24
■ Vie fédérale : Election Bureau FNMR Elections Bureaux régionaux	28 31

■ Hommages : Dr Philippe Fournot	32
■ Petites annonces	34

Annonces

BRACCO	13
C2I SANTÉ	25
FORCOMED	26 - 27
FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE	02
GUERBET	36
PMFR	35
UNIPREVOYANCE	33





le protocole imagerie

En ouverture d'un conseil qui s'annonçait important puisque suivant la signature du protocole d'accord entre la Fédération et la caisse nationale d'assurance maladie, le Président Jacques Niney rappelait l'importance de la circulation de l'information entre les responsables fédéraux et les adhérents, et ce, dans les deux sens. La préoccupation de Jacques Niney était les rumeurs qui se développaient rapidement à propos de la décision de la CNAM relative à l'abdomen sans préparation s'appuyant sur une recommandation de la Haute Autorité de Santé. Le président invitait les responsables à organiser des assemblées générales départementales afin de délivrer des informations vérifiées.

Mesures unilatérales de la CNAM : l'ASP

Dans l'ensemble des mesures prises unilatéralement par la caisse à l'issue de la commission de hiérarchisation des actes professionnels d'octobre 2010, la question des règles de facturation de l'ASP a soulevé une vive émotion.



Dr Jacques Niney

En tout premier lieu, Jacques Niney rappelait que les modifications de cotation de l'ASP, comme du thorax, la suppression du supplément de numérisation, la baisse du forfait technique réduits relevaient de décisions que la caisse avait prises seule, refusant d'en discuter. Ce sont les dernières mesures dictées par Mme

Bachelot, avant son départ du ministère de la santé.

Ces décisions ont été imposées à la CHAP par la caisse qui disposait d'une majorité (CNAM, DGS, HAS), ce jour-là, en dépit de l'opposition des représentants des médecins.

La recommandation de la HAS mérite discussion. Tout d'abord, il est de plus en plus problématique de retrouver, dans un libellé de la CCAM, des indications. Ce n'est pas le travail de la CNAM et la CHAP n'a pas à le valider. Un deuxième problème est la mise en avant de certains éléments du rapport HAS pour mettre en exergue certaines non-indications discutables. De fait, la décision de la CNAM ne correspond pas au rapport de la HAS.

Celui-ci précisait bien que l'application de la recommandation était fonction de la clinique et de l'appréciation du médecin, ce qui est primordial. Le président « confirmait » que les radiologues sont des médecins.

Un débat s'engageait sur l'évolution du rôle de la HAS, devenant médico-économique, et la possibilité pour les médecins radiologues de se faire entendre au sein des groupes d'experts.

Le président informait l'assemblée que la CNAM avait aussi saisi la HAS sur l'IRM. Il soulignait que le plan pluriannuel sur l'imagerie a prévu des discussions sur la hiérarchisation des actes d'IRM qui pourrait entrer en vigueur après 2012.

Une autre question soulevée est le risque de conflit avec les caisses dans le cadre du règlement conventionnel minimal. La plupart des caisses font fonctionner les CPL dans des conditions normales à l'exception d'une, dans une très grande agglomération.

Le protocole imagerie

Le protocole a été signé le 24 décembre dans la matinée, avec d'ultimes allers et retours pour obtenir l'ajout d'un mot, « supplémentaire », qui donnait tout son sens à ce plan pluriannuel. Le principe de mesures positives supplémentaires était ainsi acté.

Le protocole d'accord est mis en application depuis le 24 décembre. Il permet d'éviter la « pénalité », systématique de 100 à 140 millions par an sur l'imagerie et plus particulièrement sur les médecins radiologues.

“ Le protocole d'imagerie comprend des mesures d'économies, mais aussi des mesures positives. ”

Il comprend des mesures d'économies, mais aussi des mesures positives. Les mesures d'économies ont été définies au mois d'octobre, il n'y en aura pas d'autre pour l'année à venir. En revanche, une deuxième mesure relative au deuxième forfait technique sera appliquée en 2012. Le deuxième forfait sera réduit, à cette date, à 25 % de sa valeur.

Les mesures négatives porteront sur une diminution de tarif, uniquement pour le genou, des radiographies multi-incidences. Une procédure rachis-bassin sera créée.

D'autres mesures qui ne portent pas directement sur les médecins concerneront les ALD radio et la génération des produits de contraste. Il importe que tous les radiologues soient sensibilisés à ces questions.

Les mesures positives. La première devrait être annoncée à la CHAP du 2 février prochain ¹ et être mise en œuvre un peu plus tard en raison des délais légaux d'application. C'est la réintroduction, à hauteur de 1,5 euro, de l'archivage pour le scanner et l'IRM. L'archivage pour la radio et pour l'échographie reste hors nomenclature.

“ Si les engagements financiers sont tenus, la caisse accepterait de nouvelles mesures positives. ”

Certains cabinets ont mis en place le HN pour l'archivage. D'autres, au contraire, ne l'ont pas fait. Le syndicat se doit de défendre tout le monde et de rechercher une solution qui constitue un

équilibre. La solution retenue permet d'assurer l'archivage des examens pour tous en scanner et IRM et laisse la possibilité de coter HN en radiologie et en échographie.

Une deuxième mesure qui pourrait être présentée à la CHAP du mois de mars sera la création d'un acte de cancérologie (thorax- abdomen – pelvis) en scanner. Sa mise en œuvre devra ensuite suivre le processus réglementaire. Notre demande a été justifiée par le fait que tous les radiologues ne sont pas propriétaires du scanner. C'est pourquoi nous avons privilégié l'acte intellectuel.

Une troisième mesure pourrait aboutir d'ici à l'été, passant par une saisine de la HAS. Il s'agit de l'association mammographie-échographie à 100 % mais seulement dans le cadre du dépistage organisé et pour les radiologues qui font moins de 40 % d'associations correspondants aux normes. Un groupe d'expert de la Société Française de Radiologie travaille sur cette question.

Mesures positives complémentaires

Nous avons réussi à inclure dans le protocole un paragraphe sur la possibilité d'inclure de nouvelles mesures complémentaires positives, sous réserve du respect de l'ONDAM.

Ceci signifie que si les engagements financiers sont tenus, la caisse accepterait de nouvelles mesures positives. Ceci implique que les radiologues respectent les objectifs du protocole faute de quoi il n'y a aurait pas d'économies et donc pas de nouvelles mesures positives possibles.

¹ Elle a été effectivement annoncée.



Un intervenant demande ce qu'il en sera du protocole vis-à-vis de l'ONDAM. La réponse du président est que le protocole en est indépendant. En revanche, il est peu probable qu'il y ait de nouvelles mesures positives si l'ONDAM n'est pas respecté.

Un autre point concerne l'archivage. Le président rappelle, une nouvelle fois, que l'archivage facturé en HN doit respecter certaines conditions comme l'information du patient, son acceptation écrite et la présentation d'une facture et non pas d'une feuille de soins.

Téléimagerie et contrats avec les ARS

Passant de l'archivage à la téléimagerie, le président alerte l'assistance sur les risques d'une contractualisation non maîtrisée avec les Agence Régionale de Santé. Dans le cadre d'un accord régional expérimental, une ARS peut proposer des conditions d'organisation ou un niveau de rémunération qui pourrait paraître « acceptable » dans le cadre d'une expérimentation. Mais la législation permet au comité de pilotage des ARS d'étendre une mesure régionale à l'ensemble du territoire national. Ainsi, ce qui, au départ, ne serait qu'une expérimentation, deviendrait la règle générale. Le président invite donc les médecins radiologues à être extrêmement vigilants et, si nécessaire, à prendre contact avec la Fédération, avant toute conclusion de négociation.

Le président met aussi en garde contre la pratique du HN en téléimagerie car les aspects médico-légaux ne sont pas du tout bordés.

Un intervenant élargi la question du HN en demandant quelle perspective d'espace de liberté pourrait être ouvert aux médecins de secteur I. La proposition de secteur

optionnel, faite par les syndicats il y a deux ans, répondait à cette préoccupation mais elle a été repoussée par le précédent ministre de la santé. Cette proposition sera représentée lors des prochaines négociations conventionnelles.

Mise en place des ARS

Les directeurs des ARS ont été investis d'un réel pouvoir. Mais ils peuvent aussi être « remerciés » chaque mercredi en conseil des ministres. Comme ils en sont conscients, cela les « incite » fortement à appliquer les orientations gouvernementales d'économies.

Le protocole sur l'imagerie limite les possibilités d'action des ARS dans ce domaine.

Il n'en reste pas moins que la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » confie aux agences le soin de décliner les programmes nationaux de gestion du risque inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) Etat Caisse. Cela signifie que les agences vont devoir participer aux économies tout en améliorant la qualité des soins.

Les radiologues présents dans les URPS et les G4 régionaux doivent garder à l'esprit cette notion et s'assurer que ce qu'ils négocient régionalement ne constituent pas une charge ou une contrainte supplémentaire pour la profession par rapport aux contraintes nationales.

On peut prendre pour exemple les règlements intérieurs des ARS qui, dans certains cas, stipulent que la présentation et la défense des dossiers d'équipement d'imagerie en coupe seront assurée

“ Le protocole sur l'imagerie limite les possibilités d'action des ARS dans ce domaine. ”

par la FHP, la FHF, des organismes représentants du personnel mais pas de médecins radiologues libéraux. Chacun imagine le résultat en cas d'opposition avec une clinique pour une demande d'IRM, par exemple, puisque dans un tel dossier, la demande des radiologues sera « défendue » par la clinique.



Dr Bruno Silberman

Si le règlement intérieur de votre région est de ce type, il faut demander, avec l'appui de l'URPS, une modification.

A cette occasion, Bruno Silberman rappelle que les ARS, comme les ARH, sont décisionnaires et n'ont pas d'obligation de suivre les avis des commissions.



La PDS

Le président met en garde contre la tentation pour des ARS d'utiliser le projet professionnel commun pour ne retenir que la PDS en « oubliant » tout ce qui est à la base et notamment le POSIM. Les radiologues doivent être très vigilants sur cette question. Le projet professionnel est un tout.

Il faut aussi retenir que lorsqu'un médecin participe déjà à une PDS, il n'est pas question qu'il participe à une deuxième PDS. Pour ceux qui ne font pas de PDS et qui ont accès à des équipements d'imagerie en coupe, leur participation à la PDS est au prorata de leur temps d'occupation de ces équipements.

La téléimagerie

La téléimagerie est aussi un sujet sur lequel les radiologues doivent être vigilants. Le président incite les radiologues à participer aux conférences de territoires pour éviter que d'autres parlent en leur nom. Il est préférable d'être force de proposition plutôt que de se faire imposer des solutions qui ne seraient pas conformes à ce qu'a proposé la profession.

La téléimagerie est un acte médical, elle n'est pas un simple instrument palliatif pour assurer la PDS. Sa mise en place doit répondre à des critères médico-légaux qui ont été évoqués à plusieurs reprises dans cette instance. Enfin, la question de la rémunération n'est pas résolue. La rémunération à l'acte est sans doute le plus facile.

En résumé, la téléimagerie fait partie d'un tout, une PDS isolée sans projet, sans contrat, sans objectif médical serait nulle et non-avenue.

Questions juridiques

La Commission européenne a rendu un avis qui maintient le blocage des **participations extérieures dans les SEL** à 25%. Cet avis portait sur les laboratoires de biologie mais il n'y a pas de raison qu'il ne s'applique pas aux cabinets de radiologie.

Concernant la Contribution Economique Territoriale, qui remplace la taxe professionnelle, un vote du parlement prévoit que, pour les revenus supérieurs à 100 000 €, le taux de la CET serait sous la "bonne volonté" de la commune, avec une fourchette de 200 à 6 000 €. Il faut, cependant, attendre la parution du décret d'application.

Les participants ont aussi à leur disposition un dossier sur le statut d'**Entrepreneur Individuel à Responsabilité Limitée (EIRL)** qui peut être intéressant en ce qui concerne l'insaisissabilité de la résidence principale ou des biens fonciers de l'entrepreneur individuel. Attention, ce statut n'a pas d'effet rétroactif.

La FNMR engage une réflexion sur le « reste à charge » des patients qui n'est pas négligeable en imagerie. La FNMR souhaite discuter avec l'UNOCAM de cette question puisque l'UNOCAM lui transfère de plus en plus de charges.

Dépistage du cancer du sein



Photo © Philippe Chagnon

Dr Saranda Haber



Photo © Philippe Chagnon

Dr Jean Philippe Masson

Saranda Haber et Jean-Philippe Masson présentent la question du dépistage du cancer du sein. Le Secrétaire général aborde les relations avec l'INCa. Lors de la mise en place de la mammographie numérique, un groupe national de suivi du dépistage du cancer du sein a été créé, et prévu pour une durée de deux ans. Ce groupe est resté en fonction pendant trois ans.

Lors de la dernière réunion du groupe en janvier 2011, FORCOMED a présenté le bilan de la formation des radiologues et des manipulateurs. L'engagement de

HAS et Sénolog

La HAS, saisie par la DSS, travaille sur une recommandation : « Favoriser l'amélioration à la participation au dépistage organisé » avec comme sous-titre : « Est-il légitime de continuer à payer le dépistage individuel ? ». A la suite du lancement de cette étude, des représentants de la HAS sont venus consulter l'Observatoire de la Sénologie, Sénolog. La HAS réfléchit sur les pratiques différentes en fonction du mode d'adressage des patientes. Si elle vérifie cette piste, elle pourrait peut-être envisager une action non pas sur les radiologues mais sur les autres professionnels. La HAS s'interroge aussi sur le volume d'ACR3 et d'ACR4 dans le dépistage individuel et souhaite poursuivre un travail avec Sénolog.

Il est de la première importance que vous invitiez ceux qui n'ont pas encore implémenté Sénolog sur leur site à le faire en mammographie comme en échographie. Sénolog doit être renseigné pour les IRM et les biopsies, parce qu'elles se font de plus en plus dans le privé.

FORCOMED avait été de former 2000 radiologues en deux ans. Ce sont 3000 radiologues qui ont été formés en trois ans. Les objectifs ont aussi été dépassés pour les manipulateurs.

Reste maintenant une interrogation. Un nouveau groupe de suivi sera-t-il mis en place ? Saranda Haber rappelle qu'un tel groupe existait depuis 1994. Dans l'organisation actuelle, l'INCa peut émettre des recommandations mais n'est pas décisionnaire. La question du pilotage est donc posée alors même que la profession est dans une période d'application du changement du contrôle qualité.

Saranda Haber rappelle aussi que le nouveau contrôle de qualité des appareils de mammographie numérique CR et DR s'applique depuis le 28 janvier. Elle attire l'attention sur le fait que ce protocole étant plus contraignant que le précédent, il est recommandé que, lors des maintenances d'appareils de mammographie, il ait été demandé à ce que la maintenance soit complète et avec la présence conjointe des techniciens des deux systèmes.

“ Il faut remplir tous les items de la fiche Sénolog. Il faut aussi mettre à jour le matériel utilisé. ”

Il faut être d'autant plus attentif qu'il y a un risque, pour des questions de réglages de se voir demander l'arrêt immédiat de l'installation. Dans le décret paru, il est

question de pouvoir accorder un délai de trois mois à l'arrêt immédiat, au cas par cas, après demande auprès de l'AFSAPS, à la seule condition qu'il y ait un problème d'accessibilité des femmes pour passer des mammographies.

Enfin, alors qu'un constructeur propose aux radiologues de s'équiper d'appareils plein champ, au même coût que les plaques, il est recommandé de ne pas acheter de plein champ sans console.

L'INCa, sous la signature de son directeur, va adresser aux présidents des structures de gestion et aux coordinateurs une lettre qui rend les structures de gestion responsable de l'arrêt des matériels après le nouveau contrôle de qualité. Il faut rappeler que la structure de gestion n'en n'est pas responsable et que la matériovigilance est du seul ressort de l'AFSAPS.



Le débat s'engage tant sur la qualité des matériels que sur la formation des médecins. A ce propos, Jacques Niney souligne le rôle de la formation médicale continue (FMC) dans la qualité du dépistage. Les médecins ont un devoir déontologique d'améliorer leur formation si cela s'avère nécessaire.

Les IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique

Un rapport de la HAS propose de coupler une IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non-cancérologique à une IRM préexistante à 1,5 tesla. Cette organisation permettrait d'éviter le développement d'IRM « dédiées ».

Les constructeurs et le SNITEM sont d'accord sur le principe. Des IRM 1,5 « déshabillées » seront proposées. Elles seront à visée ostéo-articulaire, avec des prix intermédiaires, donc des forfaits intermédiaires.

Bilan de la FNMR

Il revient à la trésorière, Saranda Haber, de présenter le bilan de la FNMR. D'après la nouvelle réglementation, le conseil d'administration vote le bilan pour que les comptes puissent être présentés à l'assemblée générale de mars.

La trésorière remercie le secrétariat administratif dont le travail a permis de présenter les comptes clos moins d'un mois après la fin de l'année civile.

“ Un rapport de la HAS propose de coupler une IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non-cancérologique à une IRM préexistante à 1,5 tesla. ”

Globalement, les recettes ont été un peu supérieures aux prévisions. Les cotisations de centres scanner et IRM sont conformes aux prévisions mais l'expérience montre que des cotisations remontent jusqu'à la date de l'AG. Les cotisations individuelles des départements sont remontées au rythme habituel.

Les dépenses ont été contenues. Des économies ont été réalisées sur diverses manifestations dont la réunion d'information lors des JFR et le séminaire sur le projet professionnel.

Pour les budgets suivants, il faudra tenir compte de l'éventuelle acquisition de nouveaux locaux que la Fédération recherche activement.

Le bilan est adopté à l'unanimité.

Plus-values des SCI immobilières

Une nouvelle réglementation fiscale fait obligation de sortir les plus-values des SCI immobilières, personnelles ou professionnelles, des bilans d'ici au mois de septembre. Les associés de SCI sont donc invités à se rapprocher de leur expert-comptable afin de savoir ce qu'il faut faire pour ne pas être imposé.

Le DPC, la certification, les OQOS

Jean-Luc Dehaene, Premier Vice-Président, fait le point sur le DPC et la certification. Pour le DPC, les décrets d'application sont suspendus à la résolution, en cours, de deux problèmes : la représentation des médecins généralistes dans tout le dispositif, notamment dans la commission scientifique indépendante, et l'absence de



Photo © Philippe Ciegnon

Dr Laurent Verzaux

pouvoir de contrôle des fonds disponibles par les professionnels dans l'organisme gestionnaire du DPC.

Sur le second point, après consultation de la HAS et du G4, il a été décidé de migrer du label vers la certification. Jacques Niney précise que la HAS avait des projets dans ce domaine. Les propositions des professionnels ont permis de développer un projet s'appuyant sur la réalité des structures radiologiques.

Par ailleurs, Jean-Luc Dehaene, présente la question des Objectifs Quantifiés de l'Organisation des Soins qui remplacent la notion de lits. La DGOS veut, toujours dans son objectif de contrôle de maîtrise de dépenses d'assurance maladie et de l'activité, élaborer des OQOS qui soient réellement utilisables. Ils pourraient s'intégrer dans les CPOM signés entre les établissements et les ARS.

Trois leviers permettraient de limiter l'activité : la pertinence de la prise en charge d'un certain nombre d'actes (dont

l'endoprothèse coronaire sans infarctus), la dégressivité des tarifs (de GHS) et les gisements d'économies.

“ Une nouvelle carte d'adhérent à la FNMR est en cours de préparation. ”

Le site « patients »

Comme le rappelait Jean-Philippe Masson, la FNMR s'intéresse de longue date aux patients. Des rencontres ont eu lieu avec les associations. Une newsletter à destination

OPI

La nouvelle version d'OPI est complètement fonctionnelle. Cinq éditeurs sont agréés, un sixième est en cours d'agrément.

Il faut demander à votre éditeur l'installation d'OPI sur votre système.

OPI est transparent. Vous n'avez rien à cocher, toutes les informations remontent automatiquement.

des patients est éditée par la Fédération. Dernier projet : un site Internet d'information destiné spécifiquement aux patients : monradiologue.fr.

Le site contiendra des informations utiles, aussi bien sur la façon dont sont réalisés les examens que sur ce qu'est un radiologue, la charte de la radiologie, etc.

Syndicalisation

Une nouvelle carte d'adhérent à la FNMR est en cours de préparation. Elle permettra, grâce à un code barre, par exemple lors des JFR de vérifier que le médecin radiologue est à jour de sa cotisation.

FORCOMED

Cinq séminaires de mammographie numérique sont encore prévus pour les radiologues. La première partie se passe en e-learning, suivie d'une journée d'enseignement pratique, obligatoirement présentielle, puisque sur consoles. FORCOMED est présent Outre-Mer. Quarante-deux manipulateurs vont être formés à l'île de la Réunion. ■

Le journal de radiologie

Le Pr Philippe TAOUREL, en charge des publications et de la communication de la SFR, regrette que les médecins publient insuffisamment dans le Journal de Radiologie. L'absence de valorisation professionnelle en est la raison. Il en est de même pour les cahiers de la formation médicale continue pour le même motif.

Le succès d'une revue scientifique dépend aussi de son « impact factor », c'est-à-dire le nombre de fois que cette revue est citée dans la littérature. Le New England Journal of Medicine a un impact factor de 30, celui de Radiology de 6 et le Journal de Radiologie de 0,6. Aucune revue française n'est au-dessus d'un point.

La langue française est un obstacle pour être cité. La SFR a développé un projet pour augmenter le nombre de soumissions au Journal de Radiologie. La base est d'élargir le cercle de diffusion aux auteurs et lecteurs de langue anglaise avec une revue en ligne en anglais et une revue papier en français. La soumission des articles se fera en français ou en anglais. Les articles seront traduits.

Le titre anglais serait : « Diagnostic and Interventional Imaging » et la revue française serait « Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle ».

Pour des raisons de coûts, la pagination serait réduite.



La nouvelle organisation régionale



Photo © Philippe Chagnon

Dr Bruno Silberman

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a refondé l'organisation régionale de la santé. Bruno Silberman, Vice-Président de la FNMR mais aussi Président de l'URPS d'Ile-de-France profitait de la réunion du Conseil d'administration de la FNMR du mois de janvier pour présenter les contours de cette nouvelle organisation régionale. Un tableau des acronymes (page 12) vous aidera dans ce parcours.

Le pivot est évidemment l'agence régionale de santé (ARS). D'autres instances auront aussi un rôle important comme

les unions régionales des professions de santé (URPS), la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), le projet régional de santé (PRS) et la gestion du risque régional (PPGRR).

Les caisses régionales, les DRASS et les URCAM disparaissent.

Les ARS

Les ARS sont toutes bâties sur le même modèle. Elles ont à leur tête un directeur général, assisté d'un directeur général adjoint. Elles sont organisées en services dont la direction de l'organisation des soins.

Une autre direction importante pour les médecins est la direction de la stratégie qui gère les questions liées aux systèmes d'information comprenant la télé-médecine, la télé-radiologie et l'archivage.

“ La commission de la CRSA s'occupe de donner son avis sur le Projet Régional de Santé, sur les SROS divers et variés, dont ses volets ambulatoire et hospitalier. ”

La connaissance de l'organigramme de la région permet de mieux orienter ses demandes soit au sein du G4, soit dans le cadre de la représentation régionale.

Dans chaque région est créée une **conférence régionale de la santé et de l'Autonomie (CRSA)** qui va assumer le rôle dévolu jusqu'à présent à divers organismes qui disparaissent comme les SROSS, dont le SROSS imagerie, les CROS, les FICQSV, etc.

En Ile-de-France, la CRSA comprend 99 membres dont 6 délégués au titre de l'URPS. Le nombre de représentants des médecins dépend des régions. L'Ile-de-France comprend deux médecins libéraux -un généraliste et un

spécialiste- avec deux suppléants. Il y a aussi un infirmier, un kinésithérapeute, un dentiste, un pharmacien et, en plus, un autre médecin libéral.

La CRSA est dirigée par un président entouré de son Bureau qui intègre toutes les commissions CROS, qui existaient auparavant. Il y a une commission spécialisée de l'organisation des soins, appelée, selon les endroits ; COSOS, CSOS, qui hérite des fonctions du CROS.

Il existe aussi une commission spécialisée de la prévention, qui hérite du GRSP, où se discute l'organisation de la prévention, et qui intéresse les médecins radiologues au titre du dépistage.

Il existe également une commission spécialisée médico-sociale et une commission des relations avec les usagers qui sont désormais toujours associés dans le fonctionnement de la démocratie sanitaire.

La commission de la CRSA s'occupe de donner son avis sur le Projet Régional de Santé, sur les SROS divers et variés, dont ses volets ambulatoire et hospitalier. Elle est consultée, comme l'était avant le CROS, sur tous les SROS, notamment celui de l'imagerie et sur toutes les demandes d'autorisation.

Elle est consultée, également, sur la politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé et maisons médicales de garde, tout ce qui concerne l'organisation de l'ambulatoire.

Elle s'occupe aussi de la démographie. Elle est enfin consultée sur le FICQSV, le transport sanitaire et la télé-médecine.

En matière d'autorisations, le règlement intérieur de la commission indique que les promoteurs sont invités,... ou pas, pour des nouveaux dossiers ou des renouvellements. Les rapporteurs, relativement indépendants dans l'organisation précédente, le seront plus ou moins selon les régions.

Il est nécessaire, pour cette commission et la CRSA, de coordonner radiologues hospitaliers et libéraux, de se coordonner avec l'URPS, puisque c'est elle qui désigne les membres de la commission.

Le Plan Régional de Santé est en cours d'élaboration. Il devrait être fini avant la fin de l'année dans toutes les régions. Il est établi pour cinq ans et fixe les grandes orientations en matière de santé. Les SROS sont inclus dedans.

Le PRS comprend le Plan Stratégique Régional, qui fixe les grandes orientations de l'Agence, trois schémas régionaux, dont l'ambulatoire, et le Plan Régional de la Gestion Du Risque.

La télémédecine est un sujet indépendant mais il n'y a aujourd'hui aucun texte national en la matière.

La gestion du risque s'appelle la PPR-GDR, le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque. Elle est très importante car les ARS ont très clairement un rôle en matière de gestion du risque régional.

L'objectif régional de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) n'existe pas mais il y en a un de fait. Les ARS seront jugées sur leurs résultats en fonction des objectifs signés dans les accords avec les caisses et l'Etat.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est composé de deux parties.

La première reprend les programmes nationaux de gestion du risque.

La deuxième comprend les actions régionales complémentaires.

Il y a deux catégories de programmes nationaux, ceux élaborés par l'UNCAM et la convention, s'il y en a une, et les 10 priorités de gestion du risque, pilotées par les ARS, et décidées au niveau national, qui se surajoutent aux programmes de l'UNCAM.

En troisième niveau, vous avez les priorités régionales que chaque ARS peut décréter dans son plan régional ou dans sa conférence de territoire.

Dans ces priorités, vous avez la surprise de découvrir l'imagerie médicale.

Maintenant que nous avons signé un accord avec la CNAM, celle-ci est obligée de le respecter, alors que manifestement autre chose avait été prévue pour l'imagerie.

On constate, dans les régions, qu'il n'y a pas de mouvement pour accorder de nouvelles autorisations de matériel lourd. Le gel leur permet d'éviter ce qui est vu uniquement comme une augmentation des dépenses. Le thème en radiologie est de diminuer la radiologie conventionnelle



avec une augmentation "maîtrisée" de l'imagerie en coupe. Si un SROS imagerie est adopté, il le sera, au mieux, à la fin de l'année. Il ne pourrait donc donner à ouverture d'indice que l'année suivante, donc, début 2012.

Le rôle du G4 avec les radiologues libéraux est primordial, il faut donner aux ARS une culture de l'intérêt de l'imagerie, en particulier pour l'imagerie libérale.

L'URPS

Dans cette organisation, l'URPS n'est pas l'URML. Elle a un rôle extrêmement étendu, en miroir des missions de l'Agence Régionale de Santé, sur le libéral.

Elle participe au schéma régional, à l'organisation de la permanence des soins, de la continuité des soins et des nouveaux modes d'exercice, à l'élaboration de l'offre de soins et de l'accès aux soins.

Elle s'occupe évidemment de la prévention, elle signe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des CPOM. Elle peut créer des contrats qui n'ont pas été acceptés au niveau national, il faut donc que les radiologues suivent très attentivement ce qui se passe dans les URPS.

Elle participe aussi au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés. Elle est vraiment l'interlocuteur privilégié de l'Agence.

Il y a, quasiment, un radiologue dans chaque URPS et il est essentiel qu'il fasse attention à ce qui s'y passe, que ce soit sur la gestion du risque en imagerie, sur le SROS imagerie, sur les contrats et le cadre général des contrats signés par l'Agence, y compris les contrats d'autorisation et de renouvellement d'autorisation, sur la permanence des soins, qui est très variable selon les régions, sur l'installation, etc.

Le rôle des syndicats transversaux, CSMF, FMF, SML, etc, en tant qu'interlocuteurs des ARS est, aujourd'hui, difficile à cerner.

Enfin, il faut s'assurer que les orientations du G4 régional soient articulées avec l'URPS et la région pour qu'il n'y ait

ACRONYMES

Petit lexique des acronymes indispensables pour se mouvoir dans le paysage régional de l'offre de soins

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CDOS-CRSA ou CSOS	Commission d'Organisation des Soins (de la CRSA)
CME	Comité Médical d'Établissement
COTER ou CRI	Comité d'Organisation territoriale et régionale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRI ou COTER	Comité Régional d'Imagerie
CROMS	Comité Régional de l'Organisation Medico-social
CROS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
CRS	Conférence Régionale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSOS ou CDOS-CRSA	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins de la CRSA
CST	Conférence Sanitaire de Territoire
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS	Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
FICQSV	Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins des Ville
GDR	Gestion du Risque
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HPST	Loi Hôpital Patients Santé Territoire
MRS	Missions Régionales de Santé
NMO	(Nouveau Mode d'Organisation)
PDS	Permanence Des Soins
PDS A	Permanence Des Soins Ambulatoire
PDS H	Permanence Des Soins Hospitalier
PPR GDR	Programme Pluri Annuel Régional de Gestion du Risque
PRGDR	Programme Régional de Gestion du Risque
PRGDS	Programme Régional de Gestion de Santé
PRS	Programme Régional de Santé
PRAPS	Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté Sociale
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicapés et de la Perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP	Schéma Régional de Prévention
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé



multihance®

Gadobenate dimeglumine

Voir au-delà des apparences



➤ Un fort signal IRM

➤ La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles que soient les indications

(sauf foie - 0,1 ml/kg)



EFFICACITÉ et STABILITÉ

NOUVEAU

Seringues Pré-Remplies 10, 15 et 20 ml



COMPOSITION : acide gadobénique 334 mg / mL (0,5 M) Eau ppi. **DONNÉES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Produit de contraste paramagnétique utilisé dans l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et indiqué dans : * IRM du foie pour la détection des lésions hépatiques lorsqu'un cancer hépatique secondaire ou primitif (carcinome hépatocellulaire) est suspecté ou connu (flacon et seringue). * IRM du cerveau et de la moelle épinière où il améliore la détection des lésions et apporte des informations diagnostiques supplémentaires comparativement à une IRM sans produit de contraste (flacon et seringue). * Angiographie par résonance magnétique (ARM) où il améliore l'exactitude diagnostique pour la détection de la maladie vasculaire sténo-occlusive cliniquement significative lorsqu'une pathologie vasculaire des artères abdominales ou périphériques est suspectée ou connue (flacon). **Posologie et mode d'administration :** Adulte. **Foie :** 0,05 mmol/kg (0,1 ml/kg de solution 0,5 M). **Système nerveux central et ARM :** 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg de solution 0,5 M). Éviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ; la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. **Sujet âgé :** pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Réservé à l'adulte. Surveiller 15 min, puis 1 h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de Multihance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec Multihance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de Multihance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas déjà hémodialysés. **Sujets âgés :** L'élimination rénale de gadobénate de dimeglumine pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction :** jamais rapportées. **Effets indésirables :** Essais cliniques cf. Vidal - Après commercialisation : observés chez moins de 0,1 % des patients. Nausées, vomissements, hypersensibilité, réactions au point d'injection (extravasation). Des cas isolés de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés avec Multihance, chez des patients ayant également reçu d'autres produits de contraste à base de gadolinium. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** Produit de contraste. Flacon : 5 ml (347 411.2) : 26,06 € - 10 ml (347 412.9) : 43,24 € - 15 ml (347 413.5) : 61,52 € - 20 ml (347 414.1) : 77,60 € - Seringue pré-remplie : 10 ml (388 796-6) : 43,24 € - 15 ml (388 797-2) : 61,52 € - 20 ml (388 798-9) : 77,60 € - Liste I - Remb. Séc. 65 %. Coll. Révision de la monographie : août 2010. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE

Agences régionales de santé et données statistiques

La création des agences régionales de santé prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a des effets dans tous les domaines. Ainsi, une instruction¹ relative à la fourniture de données par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) aux agences régionales de santé vient d'être publiée par les ministères en charge.

Cette instruction définit les données qui devront être fournies par la DREES aux agences et la périodicité ainsi que les conditions dans lesquelles ces données pourront être communiquées. Une réflexion, engagée entre le ministère et les ARS, déterminera l'ensemble des données prioritaires qui devront être fournies aux agences. Dans l'immédiat, l'instruction de janvier 2011 permet de définir un cadre pour les données déjà accessibles.

Les données mises à disposition des ARS sont détaillées dans le tableau en annexe qui sera mis à jour selon les besoins.

L'instruction précise les conditions de transmission dont les caractéristiques principales sont aussi mentionnées dans le tableau.

- ❑ les données restent la propriété de l'État : la cession ne porte que sur des droits d'usage ;
 - ❑ la DREES souscrit à une obligation de moyens en s'engageant à apporter tous ses soins à l'élaboration des données : sur demande des agences régionales de santé bénéficiaires des cessions de droits, elle fournit les éléments d'information dont elle dispose relatifs à cette élaboration ;
 - ❑ la DREES n'est pas responsable de l'utilisation des données dans les agences régionales de santé. Elle se réserve cependant la possibilité de leur faire part de ses observations dans l'éventualité d'un usage qui ne serait pas conforme aux dispositions de l'instruction ;
 - ❑ la rediffusion, quand elle est autorisée, est limitée au périmètre du ressort de l'ARS. La DREES se charge de la diffusion des données en dehors de ce périmètre et notamment au niveau national ;
 - ❑ la cession de droits du cadre de la rediffusion à des organismes tiers ou à des collectivités doit être encadrée de manière à garantir le respect des règles d'usage énoncées ici ;
- ❑ les travaux réalisés par les agences régionales de santé respectent les règles relatives aux secrets protégés par la loi et la déontologie s'appliquant aux services producteurs de données à caractère statistique ; dans ce cadre en particulier, les quantités calculées à partir des données, destinées à être communiquées ou publiées, sont représentatives d'au moins trois unités statistiques présentes dans les données ;
 - ❑ sauf du fait de contraintes physiques particulières, les publications et toutes autres formes de communication comportent systématiquement et sous une forme visible la mention de la source, se présentant sous la forme : « DREES – nom de l'ensemble de données – millésime – calculs ARS de... » ;
 - ❑ les contrats de prestation ou de tout autre type de collaboration conclus par les agences régionales de santé portent les clauses que requiert le respect des présentes dispositions. ■



Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR



¹ Instruction DREES/MCP n° 2011-15 du 17 janvier 2011 relative à la fourniture de données par la DREES aux agences régionales de santé. Bulletin Officiel du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé – Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Accessible à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-02/ste_20110002_0100_0031.pdf

ANNEXE
LISTE DES DONNÉES CONCERNÉES PAR L'INSTRUCTION

ENSEMBLE DE DONNÉES	CADRE JURIDIQUE PARTICULIER	ANNÉE représentée ou périodicité	CONTRAINTES OU DÉROGATIONS particulières au cadre d'usage général et autres remarques
Certificats de santé de l'enfant.	Article 3 de l'arrêté du 26 décembre 2005 pris en application de l'article L. 2132-3 du code de la santé publique et relatif à la transmission par les services publics départementaux de protection maternelle et infantile d'informations issues des certificats de santé établis en application de l'article R. 2132-2 du même code au ministre chargé de la santé.	Annuelle.	
Base statistique ADELI.	Arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, des praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe et des professions réglementées par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.	Annuelle.	Rediffusion interdite.
Enquêtes auprès des écoles de formation aux diplômes de la santé et du travail social.		Annuelle.	
Statistique annuelle des établissements.	Arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé, publié au Bulletin officiel du ministère de la santé.	Annuelle.	
Rapports d'activité de psychiatrie.		Périodicité à définir.	
Base « médicament à l'hôpital ».		Périodicité à définir.	Les données relatives aux prix ne sont pas rediffusables
Enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile.		2008.	
Enquête auprès du personnel et de la clientèle des EHPA.	Arrêté du 25 février 2004 portant création d'un traitement automatisé d'informations issues d'une enquête auprès du personnel et de la clientèle d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.	4 ans.	Déclaration de leur traitement par les ARS à la CNIL. Les données de santé et relatives aux antécédents de tentative de suicide ne sont pas transmises.
Enquête auprès des établissements et services en faveur des personnes handicapées.	Arrêté du 8 janvier 1993 relatif au traitement informatisé d'une enquête statistique périodique sur la clientèle des établissements sociaux.	4 ans.	Les traitements des données hors du ressort régional de l'ARS sont à déclarer à la CNIL. Cession possible des données régionales sous réserve de la déclaration de leur traitement par les bénéficiaires.
ENSEMBLE DE DONNÉES	CADRE JURIDIQUE PARTICULIER	ANNÉE représentée ou périodicité	CONTRAINTES OU DÉROGATIONS particulières au cadre d'usage général et autres remarques
Base permanente des équipements.	Convention INSEE-DREES 2007-00303.	Annuelle.	Rediffusion interdite. Source à indiquer : « Source : INSEE – Base permanente des équipements. »



Evolution des tarifs et des revenus des professions libérales

Une autre méthode à envisager que le service médical rendu pour l'évaluation d'un acte médical

Le service médical rendu (SMR), dans son concept actuel, évalue et détermine son degré de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Celle-ci étant essentiellement depuis sa création dans le service curatif et donc essentiellement dans le cadre thérapeutique. Or l'acte médical d'un professionnel de santé est à la fois un acte technique et un acte de conseil, l'ensemble s'inscrivant dans le colloque singulier.

Si nous regardons la Charte d'Ottawa, celle-ci veut promouvoir un champ sanitaire plus large que le curatif car elle y englobe l'éducation pour la santé et la prévention. Or, le service médical rendu (SMR) est un critère qui prend en compte d'une part la pathologie pour laquelle un traitement thérapeutique est indiqué et d'autre part des données propres au traitement lui-même dans son indication. Mais ce SMR est aussi dans les soins primaires réunissant éducation pour la santé et prévention, traitement et soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé. Comment évaluer ce SMR qui sort de l'action curative ? Faut-il réfléchir à d'autres financements des professionnels qui apportent un service médical rendu dans un champ autre que le curatif ? Faut-il justifier une prise en charge par la collectivité pour un SMR de promotion à la santé ?

Le service médical rendu (SMR)

Actuellement, le service médical rendu (SMR) est apprécié par la Commission de la transparence en tenant compte :

- de la nature de l'affection traitée, notamment son degré de gravité,
- du niveau d'efficacité et du rapport bénéfices/risques du médicament,
- des alternatives thérapeutiques,
- de la place du médicament dans la stratégie thérapeutique,

¹ Directive n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005

Nous observons que l'appréciation de ce SMR est dans une approche curative et économique. Il est donc nécessaire que ce SMR soit pris en charge dans le cadre plus global de la santé. La plupart des professionnels libéraux de santé sont des professionnels de proximité ayant une action de service auprès des populations et qui, donc, apportent un service médical ou de santé. Cette approche de professions de services pour les professions libérales est définie par la Communauté européenne. La définition de la profession libérale donnée

“La plupart des professionnels libéraux de santé sont des professionnels de proximité ayant une action de service auprès des populations et qui, donc, apportent un service médical ou de santé.”

par la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles¹ rentre bien dans le concept d'un acte professionnel apportant un service rendu :

« La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ». Ainsi la valeur du service rendu qu'il soit médical ou autre doit s'inscrire dans une démarche qualité et donc dans l'évaluation de la qualité du service rendu. Cette accompagnement à la mise en oeuvre des démarches d'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles paramédicales est bien un service de santé rendu à la collectivité. Pour cette démarche, une valorisation financière du service rendu doit être réfléchi et proposée.

Par cette attitude, le professionnel de santé ne rentre-t-il pas dans le concept benchmarking à partir du moment où il existe un indicateur chiffré de performance dans un domaine donné tiré de l'observation des résultats.

La profession libérale et le service rendu

D'autres professions libérales sont aussi sur des tarifs encadrés pour leurs services rendus. Le tarif des notaires est défini dans le décret 78-262 du 08/§03/1978 modifié depuis plusieurs fois. Le principe fondamental est qu'un acte notarié doit avoir le même coût quel que soit le notaire. Cet émolument est forfaitaire et couvre la totalité des prestations normales nécessaires pour que l'acte produise ses effets donc un service rendu. Par contre, certains actes de conseils ne sont pas soumis au tarif et le notaire peut prendre alors des honoraires librement débattus avec les clients comme tous professionnels. Il s'agit des conseils donnés en dehors d'un acte, l'article 4 du décret permet au notaire de proposer au client un honoraire libre de conseil a condition de l'en prévenir avant et qu'il ait donné son accord. Mais le respect du tarif et des conditions des honoraires libres est strictement contrôlé lors des inspections annuelles. Les actes soumis au tarif représentent la très grande majorité mais cela varie selon le type de clientèle : les honoraires libres représentent de 5 à 8 % du chiffre d'affaires selon la région et l'activité particulière des études.

Le SMR est-il un enjeu de performance

Par contre, il peut exister une dualité entre le financement d'un SMR et celui d'une action à la performance tel que le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Le CAPI, mis en place par l'assurance maladie, permet au professionnel libéral médecin de percevoir une prime au résultat en fin d'année à partir d'objectifs réalisés qui ont été définis par l'assurance maladie. Ainsi, nous sommes dans l'évaluation par le donneur d'ordre d'un service médical rendu à partir de critères de santé définis préalablement. La discussion doit permettre de différencier la rémunération d'un SMR ou service de santé rendu d'un service à la performance. Il est donc nécessaire dans ce cadre d'analyser et d'introduire pour les actes de dépistage et de prévention, des critères d'efficacité pluriannuel afin de rester dans la définition d'une profession libérale apportant et rendant un service au public.



Réfléchir à une évolution du SMR

L'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la qualité de vie du patient, tout comme l'éducation sanitaire intervenant dans les changements de comportement de la personne, et contribue par son service rendu à une réduction des dépenses de santé. Ces actes professionnels doivent être évalués dans le financement du service médical rendu ou service de santé rendu. La question est de savoir si ces services rendus sont une charge financée par les prélèvements obligatoires ou une dépense de consommation pour un acte de service.

L'évolution de la pratique médicale et paramédicale, définie dans le cadre de la définition de la santé OMS amène avec faire aussi évoluer la définition du service médical rendu. Celui-ci devient aussi un service de santé rendu auquel doit être associé un acte financier de ce service rendu par un professionnel de santé d'autant qu'il participe à la politique de santé publique.

L'UNAPL constate que les professionnels de santé par l'intermédiaire de leurs organisations syndicales réfléchissent et cherchent des pistes de financements pour ces nouveaux services rendu de santé. ■

Dr Olivier Aynaud



ECR : tradition et modernité

La position d'ECR est confortée cette année encore par une importante participation, avec 20 120 visiteurs. Les Français ont sans doute voulu aussi honorer la présidence du Pr Yves Menu en venant plus nombreux que d'habitude, soit 561, ou encore une hausse de + 47% par rapport à l'édition précédente, soit la 4^e délégation. Une importante délégation de « juniors » s'est également rendue à Vienne sous l'impulsion de la SFR.

On notera aussi une hausse des soumissions de 26 %, avec un taux de rejet de 70 %. Enfin, les examens de la première session du diplôme européen de radiologie ont eu lieu cette année, en attendant sa reconnaissance par l'Union Européenne.

La présidence d'ECR 2012 reviendra à Lorenzo Bonomo (Rome) et celle d'ESR (European Society of Radiology) est pour la première fois confiée à un radiologue de l'Est, András Palko (Hongrie). ESR remplit un rôle croissant, notamment dans les instances européennes (ESR EU Task Force) sur différents sujets comme, par exemple, *Alliance for MRI* concernant les velléités normatives inadéquates... Les informations sur ces sujets sont accessibles par www.myESR.org, rubrique EU affairs.

ECR a de quoi séduire : pas de décalage horaire, coûts relativement réduits de transport et de logement, haut niveau scientifique et environnement touristique toujours riche sans oublier un côté un peu kitsch de certaines cérémonies au cours d'ECR.

Les conditions de travail sont plutôt bonnes, bien que certaines séances aient été bondées. Cependant, il est temps d'améliorer l'exposition technique située dans des locaux inadéquats.

Techniques et évolutions de la spécialité

De cette exposition technique, on pourra retenir la **poursuite du développement des machines hybrides** et, en particulier, d'une association IRM/TEP. Philips et GE ont fait le choix, sans doute provisoire, de deux statifs différents, TEP et IRM séparés, et d'un lit commun permettant de passer d'une technique à l'autre. Siemens a opté pour un seul statif pour les deux (Biograph mMR) en intégrant une IRM à 3T et un TEP grâce à une nouvelle technologie de photomultiplicateurs insensibles au champ magnétique (détecteurs en cascade). Le prix, stratosphérique avec une annonce « aux alentours » de 5,5 millions d'Euros, a de quoi calmer les ardeurs. Le marché est, bien sûr, encore embryonnaire. Cela reste néanmoins un sujet de méditation à l'heure où certains « Médecins

Nucléaires » semblent découvrir que le scanner associé dans le PET-Scanner ne sert pas qu'à la correction d'atténuation.

L'intérêt d'ECR réside dans le foisonnement européen, certes élargi aux participations extra-européennes, asiatiques notamment. A l'heure du parangonnage (« benchmarking ») prôné par nos vertueuses institutions, il est intéressant d'aller se frotter aux autres pays de l'Union Européenne qui sont aussi confrontés aux problèmes économiques et à la croissance des dépenses.

Le partage de l'image est clairement un des enjeux pour lequel la France est à la traîne. Partout en Europe, les équipes rapportent des expériences de partage des images, y compris des images dynamiques. L'enjeu pour les radiologues dépasse l'acquisition et l'interprétation de pathologies complexes pour tendre vers une intégration virtuelle dans les procédures utilisées par les praticiens responsables des patients, intégration dans les traitements de radiothérapie ou dans les gestes en neurochirurgie comme en chirurgie ORL, par exemple. Cela a aussi un impact sur la conception des blocs opératoires qui doivent pouvoir accéder à un affichage des images voire à une interaction des images et des instruments pour une chirurgie de moins en moins invasive. La création de sociétés multidisciplinaires reflète bien cette tendance comme l'International Cancer Imaging Society (ICIS). L'autre développement, outre la téléradiologie qui n'est plus une nouveauté dans de nombreux pays d'Europe, est la télé-expertise grâce à l'accès facilité par les techniques de stockage/archivage dite de « virtual cloud » qui permettent une mise à disposition plus facile et plus rapide.

La téléradiologie est reconnue en Europe comme un acte médical, mais aussi comme un service (Directive 98/34 et son amendement 98/48) au titre des « Information Society Services ou ISS ».

Ranschaert (s-Hertogenbosch) souligne l'importance pour les radiologues de dépasser leurs rôles traditionnels pour devenir créatifs... Pour Caramella (Pise), pionnier du PACS depuis 20

“ Le partage de l'image est clairement un des enjeux pour lequel la France est à la traîne. ”

ans, les radiologues ne doivent pas avoir peur de la diffusion des images qui renforce au contraire l'importance des compétences en imagerie et en pathologie. On ne peut consacrer 12 ans de sa vie, ou plus, à devenir médecin radiologue pour rester collé derrière deux écrans comme le rappelle fort justement Debatin (Hambourg).

Les radiologues devront donc devenir des « diagnosticiens »...

A ce propos, la qualité du message compte autant que le contenu comme l'a rappelé Jane Adam (Londres) en insistant sur la nécessité de rendre les comptes-rendus clairs et compréhensibles selon différents modèles, à standardiser selon son environnement, de façon à répondre à la question clinique et proposer des solutions.

Interactions industrielles diverses

L'industrie fait remonter une tendance lourde, celle d'un choix plus exigeant, plus sélectif, des équipements, en fonction des besoins réels : on n'achète plus une Rolls si on n'a besoin que d'une Ford. Le marché ne devient que plus compétitif sur les segments reconnus indispensables (scanner 16 ou 64 barrettes, IRM à 1,5T). La compétition est aussi attisée sur les marchés émergents où le rapport qualité/prix ou plutôt performances (utiles)/prix est un critère essentiel. D'autre part, la recherche de la productivité est dans tous les esprits.

Il n'en reste pas moins que le scanner poursuit ses avancées, réduction de dose certes, mais aussi imagerie en double énergie ou acquisitions multicoupes ultra rapides appliquées au cœur ou au cerveau (perfusion).

Frontières ?

On souligne également une montée en puissance de l'imagerie faite par les « non radiologues », parfois très sollicités par la même industrie... Le 8^e symposium consacré au « management des hôpitaux » a été l'occasion de prises de position assez catégoriques concernant les « turf battles » en insistant sur la nécessité de ne pas laisser les cliniciens s'emparer des perles (« cherry picking ») pour ne laisser aux radiologues que les basses besognes.

L'imagerie moléculaire reste un « buzz » important dont les frontières ne seront pas définies avant longtemps ! Denis Le Bihan (SHFJ, Orsay/Gif), dans sa conférence inaugurale, a cependant rappelé que « l'eau restait la meilleure amie du radiologue », particulièrement utile dans l'imagerie quotidienne, neurologique ou autre, grâce aux techniques d'imagerie de diffusion, en IRM, qui se perfectionnent sans cesse et viennent concurrencer les méthodes isotopiques.

L'initiative d'ENCITE (European Network for Cell Imaging and Tracking Expertise) est aussi une belle ouverture sur les méthodes d'imagerie cellulaire (IRM, imagerie optique) pour la compréhension des pathologies et des méthodes de traitement.

Des techniques de base aux techniques modernes

L'imagerie radiologique traditionnelle garde encore une grande place et tenants des DR (capteurs plans) et des CR divers (aiguilles, plaques classiques) s'affrontent toujours sur des notions de prix et de qualité d'image qui font que les deux techniques vont perdurer aux côtés des techniques d'imagerie en coupe.

Ainsi, une session a été consacrée à la radiographie pulmonaire, imagerie de base dans le monde entier et dont la complexité est bien connue. Caceres (Barcelone) a rappelé que le cliché de profil était indispensable et trop souvent omis alors que 27 % du volume pulmonaire est occulté sur le cliché de face par le cœur et le médiastin... Il a aussi rappelé que la relecture des images antérieures était essentielle.

Une autre session a posé la question de savoir si les images ultra-précises du scanner dans les maladies des voies aériennes distales étaient réellement pertinentes. Les scanners modernes permettent d'acquérir des images en très haute résolution avec une exposition limitée au rayonnement pour détecter des anomalies des petites voies aériennes (Small airway disease ou SAD). Ces anomalies sont plus fréquentes que supposé et doivent être recherchées selon Kauczor (Heidelberg) notamment quand les explorations classiques sont discordantes avec la clinique. Beigelman-Aubry (Paris) a exposé les nombreux outils à disposition (coupes fines, reconstructions, MIP, MiniIP, volumétrie) qui nécessitent des logiciels et une compétence pour utiliser les algorithmes de diagnostic, sans oublier les troubles dynamiques détectés sur l'étude effectuée en expiration.

L'imagerie thoracique française a également honorée par la médaille d'or d'ECR attribuée au Pr Rémy-Jardin (Lille).

La coloscopie virtuelle par scanner est aussi un exemple des améliorations de techniques anciennes sous l'effet des technologies modernes. Mais, comme le souligne Laghi (Italie), obtenir un remboursement adéquat des procédures nouvelles est de plus en plus difficile. Il existe des différences majeures en Europe, voire même d'une région à l'autre dans certains pays. Pour les différents intervenants de la session, la coloscopie virtuelle a atteint une maturité suffisante pour se substituer à d'autres, lavement en double contraste notamment, et se rapproche de la coloscopie optique traditionnelle sans en avoir les inconvénients.

Conclusion

ECR est devenu incontournable, comme les JFRs ou « le RSNA », la dimension européenne en plus. ■

Dr Robert LAVAYSSIERE
Vice-Président de la FNMR





Modification du contrôle de qualité des scanners

Une décision du 11 mars 2011, publiée au Journal Officiel du 13 avril 2011 ¹, modifie une précédente décision du 22 novembre 2007 fixant les modalités du contrôle de qualité des scanners.

Les points suivants ont été modifiés :

3. Traitements des non-conformités

Ce paragraphe :

« Pour les contrôles prévus aux points 8.9 « profil de dose » et 8.11 « IDSP » de la présente annexe, en cas de non-conformité, celle-ci doit faire l'objet d'un signalement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre du système national de matériovigilance dans un délai maximum de douze jours ouvrés à compter du constat de la non-conformité. »

Est modifié comme suit :

La première phrase devient : « Pour le contrôle prévu au point 8.11 « IDSP » de la présente annexe ».

4 Matériels nécessaire aux contrôles

4.2 Contrôle de qualité externe

Il est ajouté deux items :

- un scanner de numérisation bureautique ayant une résolution supérieure ou égale à 100 points par cm ;
- un logiciel permettant l'analyse de profils de niveaux de gris ».

6 Informations devant être tenues à disposition par l'exploitant

6.2 Registre des opérations

La phrase : « Les films issus du contrôle du point 8.9 « profil de dose » de la présente annexe doivent être

conservés d'un contrôle externe à l'autre » est supprimée dans le paragraphe suivant :

« La date de réalisation et résultats des contrôles de qualité internes ; les résultats font référence aux images qui sont archivées par l'exploitant.

8 Opérations de contrôle internes et externes

8.3 Audit du contrôle interne

8.3.2. Modalités du contrôle

Le point suivant est supprimé :

« vérifier que les films issus du contrôle du point 8.9 « profil de dose » de la présente annexe sont disponibles et respectent les critères d'acceptabilité prévus au point ».



¹ Décision du 11 mars 2011 modifiant la décision du 22 novembre 2007 fixant les modalités du contrôle de qualité des scanographes. NOR : ETSM11200895 - J.O. du 13 avril 2011.

8.3 Audit du contrôle interne

8.3.3. Critères d'acceptabilité

Le point suivant est supprimé : « les films issus du contrôle du profil de dose doivent être disponibles et respecter les critères d'acceptabilité définis au point 8.9.4 de la présente annexe ».

8.9 Profil de dose

8.9.1 Type de contrôle et périodicité

Etait ainsi rédigé : Contrôle externe annuel ». Il devient :

- Contrôle externe initial
- Contrôle externe annuel ».

8.9 Profil de dose

8.9.2. Matériel requis

Etait ainsi rédigé :

- « Film à développement sec
- Support »

Devient :

- « - Film à développement à sec ;
- Support ;
- Scanner de numérisation bureautique ;
- Logiciel permettant l'analyse de profils de niveau de gris. »

8.9 Profil de dose

8.9.3 Modalités de contrôle

La nouvelle rédaction est :

- « placer le film horizontalement sur le lit-patient, à l'iso-centre, en utilisant un support permettant d'éviter le rayonnement diffusé ;
- exposer le film avec les paramètres d'exposition précisés par le fabricant et déposés à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, avec un balayage axial unique et pour les épaisseurs de coupe suivantes :
 - si l'épaisseur de coupe d'acquisition est assurée par la collimation primaire de l'installation, le contrôle est effectué à l'ouverture maximale de la collimation primaire disponible et utilisée cliniquement ainsi qu'à l'épaisseur la plus fine permise par la collimation primaire et utilisée cliniquement ;
 - si l'épaisseur de coupe est assurée par la dimension des détecteurs, le contrôle est effectué



à l'épaisseur la plus large et à l'épaisseur la plus fine disponibles et utilisées cliniquement ;

- pour chacune des épaisseurs de coupe, une seconde exposition est réalisée à la moitié des mAs utilisés lors de la première exposition, les autres paramètres restant identiques, après avoir suffisamment décalé le film suivant l'axe z pour que les deux irradiations ne se superposent pas ;
- pour chacune des épaisseurs de coupe, numériser le film à l'aide du scanner bureautique ;
- pour chacune des deux expositions, tracer un profil des niveaux de gris issu d'une ROI de largeur et de longueur adaptées située au centre de la zone exposée, en évitant les zones graduées du film ;
- sur le profil de l'exposition réalisée à la moitié des mAs, relever le niveau de gris maximum ;
- sur le profil de l'exposition réalisée avec la totalité des mAs, mesurer la largeur du profil à la hauteur du niveau de gris précédemment déterminé. Cette largeur correspond à la largeur du profil à mi-exposition.

8.9 Profil de dose

8.9.4. Critères d'acceptabilité :

La nouvelle rédaction est :

« Pour chacune des deux épaisseurs, la largeur du profil à mi-exposition déterminé ne doit pas s'écarter des spécifications précisées par le fabricant et déposées à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de ± 1 mm, ou de plus de ± 20 % si l'écart est supérieur à ± 1 mm». ■



Contrôle de qualité des installations de mammographie numérique

La publication du nouveau référentiel de contrôle des installations de mammographie numérique a suscité beaucoup d'interrogations.

Une réunion avec les fabricants et les fournisseurs d'installations, tenue à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en avril dernier, a permis de faire le point sur ce sujet. Le document ci-dessous, réalisé par l'Afssaps devrait répondre aux différentes questions qui se posent.



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

1. Pérennité du référentiel de contrôle (décision du 22 novembre 2010)

En réponse aux nombreuses rumeurs véhiculées auprès des radiologues, il est affirmé qu'il n'est aucunement envisagé de modifier la décision du 22 novembre 2011, ni pour assouplir les critères d'acceptabilité, ni pour les renforcer.

2. Poursuite de l'exploitation de l'installation de mammographie après contrôle

- Les organismes de contrôle de qualité externe agréés par l'Afssaps disposent réglementairement d'un délai maximum de 6 jours ouvrés pour signaler à l'Afssaps les non-conformités graves constatées. Dès réception du signalement (le jour même ou le lendemain matin en fonction de l'heure d'arrivée), notification en est faite par l'Afssaps, par fax, à l'exploitant et à la structure de gestion du DOCS si l'exploitant participe au DOCS. Juridiquement, la non-conformité est constituée à la notification de la non-conformité grave ;

- Les organismes de contrôle ont reçu comme consigne de réaliser le contrôle des points 8.4.3.1 « Dose glandulaire

moyenne par épaisseur de PMMA) », 8.4.3.2 « Différence du signal rapporté au bruit (SDNR) », 8.6.1 « Seuil de visibilité du contraste » et 8.6.5 « Qualité de l'image avec un fantôme anthropomorphe » également selon les anciennes modalités pour les tests non-conformes aux nouveaux critères d'acceptabilité. Le signalement envoyé par les organismes de contrôle à l'Afssaps comporte une annexe qui permet à l'exploitant de savoir si l'installation est conforme ou non aux anciens critères d'acceptabilité ;

- Dans la notification adressée aux exploitants, il est clairement indiqué qu'ils doivent cesser l'exploitation. Néanmoins, dans le cas où l'installation est conforme aux anciennes modalités, il est également indiqué qu'ils peuvent demander à l'Afssaps une dérogation pour poursuivre l'exploitation de l'installation. Cette demande est à adresser par télécopie au 01 55 87 37 42 à l'attention du Docteur Gérard Berthier, adjoint au directeur de l'évaluation des dispositifs médicaux de l'Afssaps, en la motivant au regard de la continuité de l'accès au actes de mammographie et de la durée ;

*“ Il est affirmé qu'il n'est
aucunement envisagé de modifier
la décision du 22 novembre 2011,
ni pour assouplir les critères
d'acceptabilité, ni pour les renforcer. ”*

- La dérogation est accordée dès réception de la demande (le jour même ou le lendemain matin en fonction de l'heure d'arrivée). Cette dérogation vaut à compter de la notification de la non-conformité à l'exploitant. **En pratique, il est fortement conseillé aux exploitants dont les installations sont éligibles à la dérogation, d'en faire la demande le jour même de la réception de la notification de la non-conformité par l'Afssaps ;**

- Dans le cas général, la dérogation est accordée pour un mois au vu de la configuration de l'installation, temps estimé nécessaire par les fabricants pour intervenir afin de

régler l'installation et par l'organisme de contrôle de qualité pour la contre-visite. Si cela s'avère nécessaire et justifié, les dérogations sont prorogées dans la limite de 3 mois maximum. Dans le cas où le changement de toute ou partie de l'installation est envisagé (voir le point n° 4) la durée de la dérogation est callée sur les délais de livraison et de mise en service de l'équipement.

3. Respect de la périodicité des contrôles

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau référentiel de contrôle, il est apparu que de nombreux radiologues avaient annulé le contrôle de leurs installations par crainte de devoir arrêter l'exploitation des installations qui ne seraient pas conformes. Le système dérogatoire mis en place par l'Afssaps, qui fait l'objet d'un suivi au cas par cas, permet aux radiologues de poursuivre l'exploitation de leurs installations dès lors qu'elles sont conformes aux anciens critères, ce qui représente la quasi-totalité des cas. Il n'y donc pas de raison de reporter les contrôles.

Il est donc demandé aux exploitants qui auraient retardé le premier contrôle réalisé avec le nouveau référentiel de reprogrammer au plus vite ce contrôle. L'Afssaps s'assurera que le deuxième contrôle sera bien réalisé un an après le dernier contrôle fait avec l'ancien référentiel.

4. Etat de conformité des différents types d'installation

Un bilan de tous les contrôles réalisés entre l'entrée en vigueur du nouveau référentiel et le 15 mars 2011 a été établi par l'Afssaps. Les installations DR ne posent pas de problème. 106 installations DR ont été contrôlées, seulement 3 étaient non conformes et ont été rapidement remises en conformité après réglage. En revanche, près de la moitié des 228 installations CR contrôlées était non conforme. La grande majorité des difficultés rencontrées dans cette première phase, porte sur la non-conformité des installations Fuji pour le test du « Seuil de visibilité du contraste ».

Selon les fabricants de mammographes et Fuji, toutes les installations Fuji devraient, au prix parfois d'un up-grade, pouvoir satisfaire les nouveaux critères, à une exception près (voir ci-dessous), dès lors que l'installation répond à ses performances nominales (débit du tube à rayons X, état des plaques ERLM...) et que les réglages sont réalisés conjointement par Fuji et le fabricant du mammographe. Il convient néanmoins de préciser que la société IMS (Giotto) n'était pas représentée à la réunion.

Certains mammographes Planmed Sophie qui n'ont pas une distance focale de 65 cm (c'est-à-dire tous ceux mis sur le marché avant 1997 sauf quelques exceptions) pourraient ne



pas satisfaire les nouveaux critères.

Pour les installations CR Fuji qui ne pourraient pas être remises en conformité, il convient d'alerter l'Afssaps qui évaluera avec les fabricants la cause de cette situation.

Pour ce qui concerne les installations CR d'Agfa, Carestream et Konica-Minolta, comme cela avait été annoncé auparavant, il est nécessaire de passer aux plaques à aiguilles.

5. Réalisation du test 8.6.1 « Seuil de visibilité du contraste »

Ce test nécessite d'être réalisé selon un mode opératoire rigoureux et avec le matériel de contrôle répondant aux spécifications prévues par la décision du 22 novembre 2010. Une première mise au point concernant la réalisation de ce test a été communiquée aux organismes de contrôle et aux fabricants le 2 mars 2011. Une nouvelle mise au point de rappel sera rapidement diffusée. Il est en effet primordial que les fabricants qui contrôlent les installations après réglage et les organismes qui réalisent le contrôle réglementaire, opèrent selon la même méthodologie et avec du matériel de contrôle adapté.

A cet égard, il convient d'être particulièrement vigilant pour les installations réglées par des organismes de tierce maintenance et de vérifier qu'ils appliquent à la lettre le référentiel de contrôle Afssaps et qu'ils possèdent au moment de leur intervention, un dosimètre, un fantôme CDMAM et les plaques de PPMA de 18 X 24 cm répondant aux spécifications de l'Afssaps afin de pouvoir faire le test 8.6.1 dans les conditions requises.

Il convient de mentionner enfin, que des variations de caractéristiques du fantôme CDMAM ont pu être observées pour des fantômes acquis récemment. Selon l'évaluation menée par l'Afssaps cette situation reste exceptionnelle. Ces variations pourraient être, le cas échéant, à l'origine de divergences d'appréciation de la conformité d'une installation entre les fabricants et les organismes de contrôle. Une correction mineure sera très prochainement apportée au logiciel CDCOM qui permettra de se prémunir

Fermeture de cabinets d'imagerie de proximité

Les effets des mesures prises ces dernières années, et en particulier sur la décade des associations d'actes, se font toujours sentir avec des regroupements ou des fermetures pures et simples de cabinets de radiologie de proximité. C'est ce que nous montre les deux articles ci-dessous, du 28 mars que nous publions avec l'aimable autorisation du journal « L'Est Républicain ».

Santé Des dizaines de cabinets de proximité ont fermé ces dernières années.

Le phénomène inquiète.

La Lorraine n'est pas épargnée quand opère la logique de rentabilité...

Les radiologues en danger

Nancy. Les exemples se multiplient. Plus qu'un seul radiologue libéral à Pont-à-Mousson. Plus de cabinet du tout à Bar-le-Duc : « Ce sont des radiologues de Reims qui viennent faire des vacances dans la cité », explique le docteur Philippe Caquelin, président de la fédération des radiologues lorrains et vice-président de la fédération nationale. Il enchaîne : « Le dernier cabinet a fermé à Commercy. Voilà un exemple qui nous fait mal au ventre, c'était un cabinet qui tournait bien et n'a pas trouvé de successeur ». Pour le spécialiste, « la situation devient très préoccupante ».

L'hôpital ne peut répondre à tous les besoins

Deux raisons expliquent cet état de fait. Des raisons d'ordre démographique d'abord : « Il faudrait chaque année former 12 radiologues en Lorraine rien que pour remplacer les partants. On n'en forme actuellement que 6 ou 7 et encore ils ne restent pas forcément dans la région ». Des raisons d'ordre financier : « Les contraintes matérielles

sont énormes. Les années venant, c'est de plus en plus dur. Face aux incertitudes financières, les banquiers sont de plus en plus frileux, les jeunes aussi qui, du coup, vont vers les groupes ».

Dans ce contexte de charges toujours plus lourdes, « l'exemple du docteur Fabienne Blanc est très significatif », note le docteur Philippe Caquelin (lire par ailleurs). Menacés dans leurs capacités d'investissements pour l'acquisition de nouveaux matériels, ce sont les petites structures assurant une imagerie de proximité qui sont les plus touchées. « Et l'hôpital ne peut pas répondre à tous les besoins, ils nous envoient d'ailleurs des patients ».

Les radiologues tirent la sonnette d'alarme. Non « pour faire pleurer dans les chaumières mais pour dire qu'il y a un problème », insiste le docteur Philippe Caquelin. « On est aujourd'hui soumis à des contraintes de qualité très importantes mais cela a un prix. Or une radio pulmonaire pour ne prendre qu'un exemple était mieux honorée il y a dix ans... » Face aux plans successifs d'économie imposés par le gouvernement,

la profession entend bien qu'il soit nécessaire de faire des efforts mais pas sans concertation et à n'importe quel prix. Exemple : « Les actes multiples sont fréquents dans les cabinets de proximité. Mais quand vous faites une mammographie et une radio des dents, ce sont deux appareils différents. Qu'il y ait une réduction d'accord, mais aujourd'hui on nous impose une baisse tarifaire de moitié dès le deuxième acte ! » Des baisses tarifaires et des charges que de moins en moins de petits cabinets libéraux de proximité peuvent supporter. « Est-ce que les gens vont demain devoir faire 50 km pour aller faire une radio ? » interroge le praticien.

Les conséquences en terme d'aménagement du territoire sont loin d'être anodines. « Le maillage territorial doit perdurer. Si vous voulez qu'un généraliste s'installe en milieu rural, il faut qu'il puisse s'appuyer sur un pharmacien et un radiologue tant pour un poignet cassé que pour des examens plus poussés qui engagent un pronostic vital ».

Marie-Hélène VERNIER



■ A chaque départ à la retraite, les cabinets de proximité peinent à trouver un successeur. Pour des raisons d'ordre démographique et financier. Photo d'archives

Est Républicain du 28 mars

La clé sous la porte à Neufchâteau

Nancy. Le docteur Fabienne Blanc en a gros sur le cœur. Le 18 mars dernier, elle a mis la clé sous la porte de son cabinet de radiologie à Neufchâteau. « Je n'avais plus le choix », explique telle. En cause, « une baisse constante des honoraires du fait des changements de nomenclature et des charges incompressibles d'investissement trop importantes » auxquelles la radiologue « n'était plus en mesure de faire face. Le dernier coup dur en date a été la baisse de 50 % des actes en série dès le deuxième. Cela a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ».

Après 7 années de médecine et 4 de spécialisation, suivies de nombreuses années de remplacement, Fabienne Blanc décide de créer son cabinet de radiologie en 1993. Une prise de risque qu'elle assume avec la foi chevillée au corps quant au rôle des petits cabinets de proximité. Elle s'installe à Neufchâteau où elle va cohabiter avec un second cabinet au sein duquel pratiquent deux collègues. Exerçant seule, le docteur Blanc assume la prise en charge de ses patients de A à Z : cliché, interprétation, compte rendu : « Il y a un moment où l'on ne



■ Le docteur Fabienne Blanc a fermé son cabinet le 18 mars. Ph. ER

peut pas donner plus de rendez-vous que cela est possible », dit-elle. D'autant que la radiologue ne peut concevoir une pratique de son métier autre que basée sur l'écoute et la relation de confiance. Ce qui suppose d'accorder « du temps » aux patients.

Un cas non isolé

Le docteur Fabienne Blanc a eu beau retourner le problème dans tous les sens, elle n'avait plus d'autre issue que baisser le rideau, sous peine, dit-elle « de s'enfoncer financièrement davantage » dans un secteur où pour perdurer il faut sans cesse renouveler son matériel. La

radiologue s'en va avec la désagréable « impression d'abandonner » ses patients. Pour reprendre la route des remplacements, comme autrefois. A Neufchâteau, où « il y a toujours de la place pour trois radiologues », certifie Fabienne Blanc, ne reste aujourd'hui qu'un cabinet avec désormais un seul radiologue. Et le cas de Neufchâteau n'est pas isolé. « Aujourd'hui, aucun de mes amis ayant pris leur retraite n'a trouvé de successeur. Les jeunes ne veulent plus s'engager sans être épaulés », constate le docteur Blanc.

Marie-Hélène VERNIER

Est Républicain du 28 mars

Est Républicain du 30 mars

Radiologie de proximité : regroupement à Bar-le-Duc

Nancy Menacés dans leurs capacités d'investissement par des charges de plus en plus lourdes alors que parallèlement les honoraires ne cessent de baisser, relatent-ils, nombre de radiologues libéraux de proximité, par ailleurs confrontés à un problème d'ordre démographique, se trouvent aujourd'hui dans une situation des plus préoccupantes. Nous relations dans notre édition de lundi l'exemple significatif du docteur Fabienne Blanc qui, le 18 mars dernier, s'est vu contraint de mettre la clé sous la porte de son cabinet à Neufchâteau.

Pour maintenir une offre locale, les regroupements deviennent une solution. C'est le cas à Bar-le-Duc, contrairement à ce que nous avons écrit hier par erreur, en laissant entendre qu'il n'existait plus de cabinet libéral dans cette ville. En réalité, onze radiologues libéraux se sont associés au sein d'une structure appelée « centre d'imagerie médicale du triangle », le triangle couvrant les secteurs de Bar-le-Duc, Vitry-le-François et

Saint-Dizier : soit un bassin de population de 200.000 habitants. La structure existe dans les locaux de la nouvelle clinique de Bar-le-Duc, installée à proximité de l'hôpital.

Mammographies, dont participation au dépistage organisé du cancer du sein, radiographies conventionnelles et échographies y sont réalisées. Ces radiologies interviennent également dans les locaux de l'hôpital de Bar-le-Duc, au sein d'un regroupement d'intérêt économique (GIE) pour y faire fonctionner une IRM et un scanner. Outre le maintien d'une offre locale, ces regroupements permettent également de répondre à une réalité médicale de plus en plus pointue et donc aux associés de se spécialiser. Notons que la structure s'est également mobilisée à la fermeture du cabinet de Commercy en assurant l'interprétation de radiographie à distances.

Marie-Hélène VERNIER

« Ces deux articles ont été complétés, le 30 mars par un nouvel article. »



Leader

en radioprotection
et physique médicale

2 formateurs certifiés CEFRI depuis janvier 2011



Radioprotection



Physique médicale



Dispositifs médicaux



Document Unique



Hygiène



Formation



NOUVEAUTÉ

**Formation
PCR**

C2i Santé
19 bis, rue de la Meuse - 54320 MAXEVILLE
Tél : 03 83 28 80 59 - Fax : 03 83 56 09 28
Mail : c2isante@c2isante.com
www.c2isante.com



Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



SÉMINAIRE DESTINÉ
aux **MANIPULATEURS diplômés**
n'ayant pas validé la formation
dépistage analogique et travaillant
exclusivement en numérique

BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

(NUM EXCLUSIF)
ORGANISATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN
et CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

- 5-6 SEPTEMBRE 2011 : PARIS**
- 8-9 SEPTEMBRE 2011 : PARIS**

Nom du Médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-PL.

Autre : Nom :

Adresse :

désire inscrire :

Mr / Mme Nom : _____ Prénom : _____

au séminaire à la date du : _____ (Num. exclusif)

si cette date n'est plus disponible à réception de votre demande, indiquez un 2^{ème} choix : _____

Date :

Signature :

LE PRIX DE REVIENT PRÉVISIONNEL DE CETTE FORMATION EST DE 830 € PAR PERSONNE POUR LES DEUX JOURS.

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 € ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque sera retourné après participation à la formation ; il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire.

Hôpitaux, Centres de Santé, Mairies ou Cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 830 €, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. Un montant forfaitaire de 300 €

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



SÉMINAIRE DESTINÉ
aux **MANIPULATEURS diplômés**
ayant validé la formation
Organisation du dépistage analogique

BULLETIN d'INSCRIPTION

à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

16 NOVEMBRE 2011 : PARIS

Nom du Médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-PL.

Autre : Nom :

Adresse :

désire inscrire :

Mr / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Date de réalisation de la formation analogique (joindre attestation) : _____
ce renseignement est obligatoire

au séminaire à la date du : **16 Novembre 2011**

(C.Q. NUM)

Date :

Signature :

LE PRIX DE REVIENT PRÉVISIONNEL DE CETTE FORMATION EST DE 485 € PAR PERSONNE.

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 € ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire.

Ce chèque sera retourné après participation à la formation ; il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire.

Hôpitaux, Centres de Santé, Mairies ou Cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 485 €, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. Un montant forfaitaire de 300 € sera retenu par FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire.

Le Conseil d'administration de la FNMR fixe ses orientations et désigne son Bureau 2011 - 2014

Président :



Dr Jacques NINEY

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a réuni samedi 26 mars son Conseil d'administration qui a procédé à l'élection statutaire du Bureau du syndicat.

Le Dr. Jacques Niney a été reconduit, à l'unanimité dans ses fonctions de Président.

La composition du nouveau Bureau de la FNMR est la suivante :

1^{er} Vice Président :



Dr Bruno SILBERMAN

Secrétaires généraux :



Dr Jean-Philippe MASSON



Dr Laurent VERZAUX

Secrétaires généraux adjoints :



Dr Eric CHAVIGNY



Dr Bernard WOERLY

Trésorier :



Dr Saranda HABER

Trésorier adjoint :



Dr Jean-Charles GUILBEAU

Vice-Présidents :

Délégué :



Dr Michel LEGMANN

Chargés de mission :



Dr Eric GUILLEMOT



Dr Robert LAVAYSSIERE



Dr Patrick SOUTEYRAND

Vice-Présidents, chargés des relations auprès des syndicats représentatifs :



Dr Jacques BESSE (FMF)



Dr Jacques BRETON (CSMF)



Dr Jean-Louis PUECH

Vice-Présidents :



Dr Thierry BLANC



Dr Philippe CAQUELIN



Dr Michel COURTS MACH



Dr Christian DELGOFFE



Dr Alain FRANCOIS



Dr Hubert de LAVAL



Dr Dominique MASSEYS



Dr Jean-Pierre SIMONPIETRI

Cette équipe, en partie renouvelée, mettra en œuvre les orientations adoptées par l'assemblée générale qui s'est réunie à l'issue du Conseil.

La FNMR se fixe cinq objectifs pour les trois prochaines années :

OBJECTIF N°1 : Faire connaître et reconnaître la place centrale de l'imagerie médicale et des médecins radiologues dans la prise en charge du patient. L'imagerie et les médecins radiologues doivent être respectés par les tutelles et les différentes instances politiques afin d'en finir avec la vision étriquée de l'imagerie limitée à l'aspect des dépenses qui débouche sur une maîtrise comptable irraisonnée. La FNMR veut redéfinir de nouvelles relations avec ses différents interlocuteurs fondées tout d'abord sur une vision médicale et le service rendu aux patients.

OBJECTIF N°2 : Représenter et défendre la profession dans les régions face aux agences régionales de santé. La FNMR veut lutter contre les dérives de toute nature, en particulier contre la tentation hospitalo-centriste et l'utilisation des médecins radiologues comme variable d'ajustement à la permanence des soins.

OBJECTIF N°3 : Défendre et soutenir les adhérents de la FNMR dans les différentes étapes de leur exercice et face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien.

OBJECTIF N°4 : Construire et préparer l'avenir de la profession, afin de relever le défi démographique. La question du **regroupement** des structures libérales doit être réfléchi afin de préserver les intérêts de chacun. L'avenir de l'imagerie médicale passe aussi par la mise en œuvre du projet professionnel commun destiné à

conforter l'offre en imagerie médicale dans le cadre du regroupement réfléchi et consenti des médecins radiologues libéraux et publics.

OBJECTIF N°5 : Conforter la relation avec les patients en développant des outils d'information destinés à favoriser les échanges entre les médecins radiologues et les patients.



Photos © Philippe Chagnon

**FEDERATION NATIONALE
DES MEDECINS RADIOLOGUES**

62, Boulevard de Latour Maubourg – 75007 PARIS
Tél : 01.53.59.34.00. – Fax : 01.45.51.83.15.
Mail : info@fnmr.org

ALPES MARITIMES

Suite aux élections du syndicat des **ALPES MARITIMES** du 5 avril 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Olivier BARBANÇON (Grasse)
Président d'honneur :	Dr Jean-Philippe COLIEZ (Cagnes-sur-Mer)
Secrétaire Général :	Dr Frank NORMAND (Nice)
Trésorier :	Dr Pierre BENZAKEN (Nice)

CALVADOS

Suite à la démission du **Docteur Edith DENYS**, le syndicat a procédé à la modification de son Bureau :

Président :	Dr Philippe MORIN (Bayeux)
Vices Présidents :	Dr Bertrand CHALLINE (Caen) Dr Fabrice MALHERBE (Caen)
Secrétaire :	Dr François FREMONT (Caen)
Trésorier :	Dr François CHAVATTE (Lisieux)

CHER

Suite aux élections du syndicat du **CHER** du 16 mars 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Philippe MOYSAN (Saint Doulchard)
Vice Président :	Dr François DESMONTS (Vierzon)
Secrétaire :	Dr François DESMONTS (Vierzon)
Trésorier :	Dr Philippe MEUNIER (Vierzon)

DEUX-SEVRES

Suite aux élections du syndicat des **DEUX-SEVRES** du 15 mars 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Laurent TROUILLARD (Niort)
Vice Président :	Dr Jean-Yves BENION (Niort)
Secrétaire :	Dr Jean-Claude BLANCHARD (Parthenay)
Trésorier :	Dr Yves RONDEAU (Niort)

VENDEE

Suite à la démission du **Docteur Pierre GIRARD**, le syndicat a procédé à la modification de son Bureau :

Président :	Dr Marc DORIN (Fontenay le Comte)
Secrétaire :	Dr Pierre CAMUSSI (Les Herbiers)
Trésorier :	Dr Viviane SAULNIER (La Roche sur Yon)



RECTIFICATIF :

Dans la Revue 334 à la page 9, nous avons écrit **L'Union Régionale MIDI PYRENEES**, il s'agissait de **L'Union Régionale LANGUEDOC ROUSSILLON** comme indiqué ci-après.

L'Union Régionale LANGUEDOC ROUSSILLON

a procédé à la modification de ses administrateurs auprès de la FNMR le 24 février 2011 :

Titulaires :	Dr Thierry BLANC (Montpellier) Dr Paul-Marie BLAYAC (Perpignan) Dr Alain DURAND (Nîmes) Dr Alvian LESNIK (Perpignan) Dr Patrick SOUTEYRAND (Castelnau le Lez)
Suppléants :	Dr Eric BERET (Béziers) Dr Vincent BERGER (Sommières) Dr Osvaldo BRUNO (Pezilla la Rivière) Dr Philippe GUIRY (Cabestany)



Dr Philippe Fournot



Photo © Philippe Chagnon

Dr Philippe FOURNOT

Merci Philippe

Philippe FOURNOT nous a quittés ; il restera dans nos cœurs et pensées.

Homme courtois et avenant, il a œuvré tout le long de sa carrière pour la défense de notre profession. Malgré les difficultés, il est parvenu à rendre incontournable la FNMR dans sa région, que ce soit pour la SFR régionale, le dépistage du

cancer du sein, la mise en place du G4 régional ou le développement de l'Union régionale des médecins radiologues.

Sa ténacité et sa diplomatie ont réussi à imposer et faire passer ses idées et ce dans l'intérêt de notre spécialité.

Défenseur infatigable de notre spécialité, il n'hésitait pas à s'exposer personnellement dans des combats souvent difficiles.

Ainsi Philippe était.

Reconnu non seulement par son syndicat mais aussi par l'ensemble des acteurs de la radiologie française, son absence va laisser un vide parmi nous, son sourire va nous manquer.

Dans ces moments difficiles, nos pensées vont également vers son épouse Denise et ses enfants.

Merci encore Philippe.

Jacques NINEY



La communauté radiologique de Provence-Alpes-Côte d'Azur est en deuil.

En effet, c'est avec stupeur et grande tristesse que nous avons appris le décès de notre ami et confrère le **Docteur Philippe Fournot** survenu ce dimanche 10 avril dans sa soixante-quatrième année.

Notre Président d'honneur a su prendre le relais du Dr Georges Bernardin et mener la barre syndicale avec détermination et compétence tant au niveau départemental qu'au niveau régional dont il fut Président durant plusieurs mandatures avec la confiance de tous.

Administrateur, il fut aussi membre du Bureau national de la FNMR qui l'avait récemment nommé membre d'honneur.

Philippe s'est investi dans la formation médicale continue en créant Forimed Paca, connue de tous et qui fonctionne en harmonie avec la Société Française de Radiologie Paca. Il fut membre du Bureau national de la SFR dont il devait être

médaille d'honneur lors des prochaines JFR 2011.

Philippe s'est investi sans compter pour notre belle profession, en phase avec le monde hospitalo-universitaire. Il a été précurseur au niveau régional avec la fondation du conseil professionnel de la radiologie (G4) qui était déjà effectif dans la région Paca avant sa création officielle. Il a su établir des relations privilégiées avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Paca.

Philippe fut un exemple de gentillesse, d'intégrité et de détermination. J'ai eu grand plaisir à travailler à ses côtés.

Honorons sa mémoire.

Toutes nos condoléances à son épouse Denise, ses enfants et ses proches.

Dr Eric GUILLEMOT



C'est avec émotion que nous avons appris le décès de notre ami le **Docteur Philippe FOURNOT**. Le Bureau de notre union régionale rend hommage à la mémoire de son Président honoraire en exprimant toute la reconnaissance que lui doit la profession pour l'action remarquable qu'il a soutenue avec passion pour la défense et la promotion de l'imagerie médicale.

Né à Rouen le février 1948, il a accompli ses études médicales à Montpellier et passé sa thèse de Doctorat en médecine en 1978. Après son Certificat d'Etudes Spéciales, il assumera, de 1978 à 1985, le poste de chef de service de radiologie à l'hôpital de Digne, avec comme assistante son épouse Denise, elle même radiologue. S'investissant tous les deux dans la réorganisation du service, ils l'avaient rendu pleinement opérationnel.

Philippe s'installe ensuite définitivement à Toulon dans un groupe de radiologues libéraux exerçant en cabinet et en clinique.

Diplômé en médecine légale, il sera aussi expert auprès de la Cour d'Appel où la qualité et l'impartialité de ses dossiers se feront remarquer.

Sa générosité et son altruisme l'entraînent à s'engager très vite dans la vie syndicale et il devient secrétaire du syndicat des radiologues du Var aux côtés du Docteur Georges BERNARDIN.

Il lui succédera en 1999. En 2002 Il prend la présidence de l'Union régionale des radiologues Paca. Administrateur puis membre du Bureau de la FNMR, il en sera vice président. Son dévouement et sa haute idée de notre profession le font s'investir aussi dans l'enseignement post universitaire.

Il prendra la présidence de FORIMED Paca, association de formation continue régionale, en 1996 et il arrivera grâce à sa patience et à son talent à faire collaborer de façon efficace radiologues privés et publics. Il sera aussi jusqu'à tout récemment membre du Bureau national de la Société Française de Radiologie.

Victime d'un grave accident de santé en 2004, il avait transmis les présidences mais était toujours membre d'honneur des bureaux et du G4 régional, où homme de dialogue, il savait faire respecter par nos interlocuteurs ses prises de position qui allaient toujours dans le sens de l'intérêt de l'ensemble de la profession, et au delà de la qualité des soins au patient.

Ardent défenseur du dépistage du cancer du sein, il était à l'origine de la structure de gestion du Var : l'association ISIS 83.

Sa rigueur, son esprit de synthèse, sa connaissance des dossiers, ses qualités de fédérateur mais aussi sa gentillesse et sa disponibilité nous ont tous marqués.

Nous lui disons aujourd'hui merci pour ce qu'il a fait pour l'imagerie médicale.

Nous présentons à Denise, son épouse et à ses enfants, Aurélie et Sylvain, au nom de la communauté radiologique, nos sincères condoléances. La lumière de son amitié continue à briller dans nos cœurs.

**Dr Jean-Philippe COLIEZ
Dr Jean-Marie GIRALDI**

Nous partageons les mêmes valeurs



Santé
Prévoyance

Solidarité Paritarisme Transparence Ecoute

Parce que les hommes et les femmes sont au cœur de l'activité des entreprises, Uniprévoyance a pour vocation d'offrir aux salariés et à leur famille une protection sociale optimale contre les risques de la vie. Uniprévoyance réunit l'ensemble des compétences pour proposer, en complément du régime de base, des garanties adaptées aux besoins des salariés en matière de **santé** et de **prévoyance**.



La protection paritaire, l'engagement solidaire

10, rue Massue - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01•58•64•41•00 - Fax 01•58•64•42•30 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9844 01 Rhône Alpes 25 km Chambéry, SEL 3 associés ch nouvel associé en cabinet de ville avec accès TDM et IRM. 2j/semaine (ni garde ni astreinte).

› Email : jeanluc.gomez@laposte.net

9845 06 Radiologue, cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville Côte d'Azur. Multiples accès SCAN et IRM.

› Email : azur.0606@live.fr

9846 14 Proche littoral, cab privé ch 3^{ème} associé. Plateau tech complet et récent, accès TDM et IRM. Ni garde ni astreinte.

› Email : radiologie.hesdin@wanadoo.fr

9847 22 Saint-Brieuc SELARL (3 radiologues), cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité. Plateau technique complet.

› Tél : 02.96.33.73.00.

9848 26 Romans, cabinet 6 associés, cause retraite, radiol ch successeur. Tps complet (4j), locaux récents et bien situés. Radio conventionnelle + scanner privé + IRM (GIE). Possibilité d'intégration sans apport personnel dans le cadre de la création d'une SEL.

› Tél : 06 69 43 45 51

Email : jclavayssiere@free.fr ou

Tél : 06 84 90 25 04

Email : mkocier@yahoo.fr

9849 29 Nord Finistère, cause départ en retraite le 1^{er} avril 2011, ch associé dans SEL avec accès TDM, IRM. Pas d'apport financier.

› Tél : 02.98.68.46.78.

9850 Bretagne littoral, SELARL 7 associés ch successeur cause retraite fin 2011. Clin avec scan, 2 cabs ville, accès IRM.

› Contact : Dr R. Bourles
ronanbou@gmail.com

9851 45 Orléans, à 1 h de Paris et 1 h de Tours, proche gares et autoroutes GROUPE POLYVALENT ET DYNAMIQUE. Cabinet + clinique, PACS, Radiologie

conventionnelle Mammo – écho – Doppler Scanner – IRM Téléradiologie, recherche son 6^{ème} radiologue (H/F)

› Contact : Dr Christophe TAFANI

Tél : 06.11.02.18.83.

Email : tafani.christophe@wanadoo.fr

9852 56 Hennebont, cause retraite ch successeur dans association 3 radiols, cab de ville. Radio conv, (num capteurs plan), mammo, écho, TDM, IRM.

› Tél : 02.97.36.25.11.

Email : cabrxbgl@orange.fr

9853 64 Pays Basque – Cherche 4^{ème} associé. TDM - IRM – Téléradiologie.

› Tél : 06.80.08.22.79.

9854 74 Annecy – SELARL 7 radiologues. Cherche successeur. Cabinets en ville, IRM, Scanner.

› Tél : 06.30.83.96.83.

9855 74 Annecy Lac-Montagnes – ch successeur pour cabinets SCAN IRM SEL 8 associés. Prix attractif.

› Email : doc.rix@orange.fr

9856 75 Paris 16^{ème}, Urgent, radiol ch radiol secteur II pour association – cab de ville + clin + 2 accès IRM et SCAN.

› Tél : 01.46.47.42.20. ou 06.87.88.68.34.

9857 83 Var Littoral Toulon, ch 9^{ème} associé. Activités polyvalentes en clinique et cab. Vacations quotidiennes IRM et SCAN.

› Tél : 04.98.00.43.80. Mme ROCCA

9858 83 Var (Golfe St-Tropez). Cède parts ds assoc SCM/SDF. 2 cab de ville et 1 pôle santé (clin+hop) où TDM GE 16b de 2009 avec PACS Carestream. Accès IRM. Possibilité travail temps partiel.

› Tél : 06.11.08.35.84.

Email : julien.puget.83@gmail.com

9859 85 Sables d'Olonne, ch 4^{ème} associé, plateau complet. 2 sites : cab de ville et clinique. Ouverture prochaine GIE imagerie en coupes SCAN et IRM.

› Contact Dr BRETECHE :

06.09.89.03.10. ou 02.51.90.25.43.

Email : ab.breteche@wanadoo.fr

9860 91 IDF, Groupe de radiologues 5rx, 2 Scan, 2IRM recherche ancien Chef de

Clinique pour association après remplacements

› Tél : 0177372487,

Email : nathalie.allami@imidf.com

9861 94 Centre radiologie (radio, écho, mammo) équipé d'un scanner et d'une IRM, situé à 7 km de Paris, recherche médecin pour remplacements en vue d'association (accès secteur II nécessaire)

› Contact : nath.dagraca@orange.fr

REMPACEMENT

Offre

9862 03 Cabinet de radiologie Vichy (5 associés) recherche remplaçant fin juin et août radiologie, écho, sénologie, TDM, IRM

› Contact : 04 70 98 43 02 ou

radiologie.imagerie.03@cenidiat.com

DIVERS

9863 Cherche Table d'occasion rapide et récente.

› Tél : 04.93.85.81.81. / 06.09.20.58.99.

Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci pour la réexpédition au destinataire. Merci

Médecin Radiologue

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY
Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
62, bd de Latour - Maubourg 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
Responsables de la Régie Publicitaire :
Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex
Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2011

POCHETTES POUR RADIOGRAPHIES INTERCALAIRES

SACHETS PLASTIQUE TRANSPARENT
SACS PLASTIQUE TEINTÉ

LIVRAISON SOUS 10 JOURS
avec impression personnalisée

LIVRAISON IMMEDIATE
avec inscriptions radio-standard gratuites

POCHETTE MÉDICALE de FRANCE

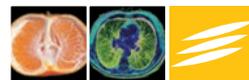
PMFR - Gènebault

BP 13 - 42153 RIORGES

Téléphone : 04.77.72.21.24 Fax : 04.77.70.55.39



XENETIX® in Scan Bag®



iobitridol

Nouveau : disponible en officine

Une combinaison unique



DENOMINATION : XENETIX 350 (350 mg I/mL), solution injectable ; XENETIX 300 (300 mg I/mL), solution injectable ; XENETIX 250 (250 mg I/mL), solution injectable - **COMPOSITION** pour 100 ml : XENETIX 350 : 76,78 g de iobitridol (correspondant à 35,00 g d'iode), XENETIX 300 : 65,81 g de iobitridol (correspondant à 30,00 g d'iode), XENETIX 250 : 54,84 g de iobitridol (correspondant à 25,00 g d'iode) - **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Produit de contraste destiné à être utilisé pour : XENETIX 350 : urographie intraveineuse, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardigraphie - XENETIX 300 : urographie intraveineuse, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intraveineuse, artériographie, angiocardigraphie, cholangiopancreatographie par endoscopie rétrograde, arthrographie, hystérosalpingographie - XENETIX 250 : phlébographie, tomodynamométrie, angiographie numérisée par voie intra-artérielle, cholangiopancreatographie par endoscopie rétrograde - **Posologie et mode d'administration :** Les doses doivent être adaptées à l'examen et aux territoires à opacifier ainsi qu'au poids et à la fonction rénale du sujet notamment chez l'enfant. **Contre-indications :** Hypersensibilité au iobitridol ou à l'un des excipients, antécédents de réaction immédiate majeure ou cutanée retardée (voir rubrique Effets indésirables) à l'injection de XENETIX, Thyrotoxicose manifeste, Hystérosalpingographie en cas de grossesse (XENETIX 250 et 300) - **Mises en garde et précautions particulières d'emploi(*) :** **Mentions générales correspondant à l'ensemble des produits iodés :** En l'absence d'études spécifiques, la myélographie n'est pas une indication de XENETIX. Tous les produits de contraste iodés peuvent être à l'origine de réactions mineures ou majeures, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elles peuvent être immédiates (moins de 60 minutes) ou retardées (jusqu'à 7 jours). Elles sont souvent imprévisibles. Le risque de réaction majeure implique d'avoir à disposition immédiate les moyens nécessaires à une réanimation d'urgence. Produits de contraste iodés et thyroïde (cf RCP). **Précautions d'Emploi :** Intolérance aux produits de contraste iodés - Insuffisance rénale - Insuffisance hépatique - Asthme - Dysthyroïdie - Maladies cardiovasculaires sévères - Troubles du système nerveux central - Phéochromocytome - Myasthénie - Majoration des effets secondaires - **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions(*) :** Associations nécessitant des précautions d'emploi : Bêtabloquants, Diurétiques, Metformine, Radiopharmaceutiques ; **Associations à prendre en compte :** Interleukine II. **Grossesse et allaitement* - EFFETS INDESIRABLES(*) :** Réactions anaphylactoides et d'hypersensibilité - **Effets :** Cutanéomuqueux (très rares) - Respiratoires (très rares) - Cardiovasculaires (très rares) - Neurosensoriels (très rares) - Digestifs (très rares) - Respiratoires (très rares) - Rénaux (peu fréquents) - Thyroïdiens (très rares) - **Effets locaux (fréquents) :** Douleur et œdème locaux bénins, transitoires peuvent apparaître au point d'injection en l'absence d'extravasation du produit injecté. En administration intrartérielle, la sensation douloureuse au site d'injection dépend de l'osmolalité du produit injecté. En cas d'extravasation (< 0,01%), une réaction inflammatoire locale, voire une nécrose tissulaire, peuvent être observées - Douleurs articulaires en cas d'arthrographie - Douleurs pelviennes en cas d'hystérosalpingographie. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES(*) - DONNEES PHARMACEUTIQUES(*) - PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** XENETIX 350 : 3400933771072 : flc 20 ml : 10,65€ - 3400933771133 : flc 50 ml : 25,82€ - 3400956015436 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933791063 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933771362 : flc 100 ml : 47,26€ - 3400956015665 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933771423 : flc 150 ml : 68,27€ - 3400933771591 : flc 200 ml : 83,99€ - 3400933771881 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 31,37€ - 3400936915428 : poche PP 100 ml (bte 1) : 44,61€ - 3400957081690 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936915657 : poche PP 150 ml (bte 1) : 64,30€ - 3400957081751 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400936915886 : poche PP 200 ml (bte 1) : 83,99€ - 3400957081812 : poche PP 200 ml (bte 10) - 3400957081980 : poche PP 500 ml (bte 10) - XENETIX 300 : 3400933776794 : flc 20 ml : 9,36€ - 3400933776855 : flc 50 ml : 22,58€ - 3400956015726 : flc 50 ml (bte 25) - 3400933776916 : flc 60 ml (bte 1) - 3400933777166 : flc 100 ml : 42,01€ - 3400956015894 : flc 100 ml (bte 10) - 3400933777227 : flc 150 ml : 60,41€ - 3400933770532 : flc 200 ml : 72,74€ - 3400933770990 : flc 60 ml + nécessaire à perfusion (PP/PVC) : 28,15€ - 3400936914476 : poche PP 100ml (bte 1) : 38,98€ - 3400957082062 : poche PP 100 ml (bte 10) - 3400936914766 : poche PP 150 ml (bte 1) : 55,86€ - 3400957082123 : poche PP 150 ml (bte 10) - 3400936914995 : poche PP 200 ml (bte 1) : 72,74€ - 3400957082291 : poche PP 200 ml (bte 10) - 3400957082352 : poche PP 500 ml (bte 10) - XENETIX 250 : 3400933776275 : flc 100 ml : 35,88€ - 3400956016037 : flc 100 ml (bte 10) - **CONDITIONS DE DELIVRANCE :** Liste I - Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65% - Agréé aux Collectivités (ref 06/10) GUERBET - BP 57400 - F-95943 Roissy CdG cedex - Tél : 01.45.91.50.00 - (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Guerbet.

PF 1038 - Réalisation Citron Marine - Septembre 2010

Guerbet



Contrast for Life