

Le Médecin Radiologue de France

FÉVRIER # 377
2015

Le journal de la FNMR
www.fnmr.org





AG2R LA MONDIALE

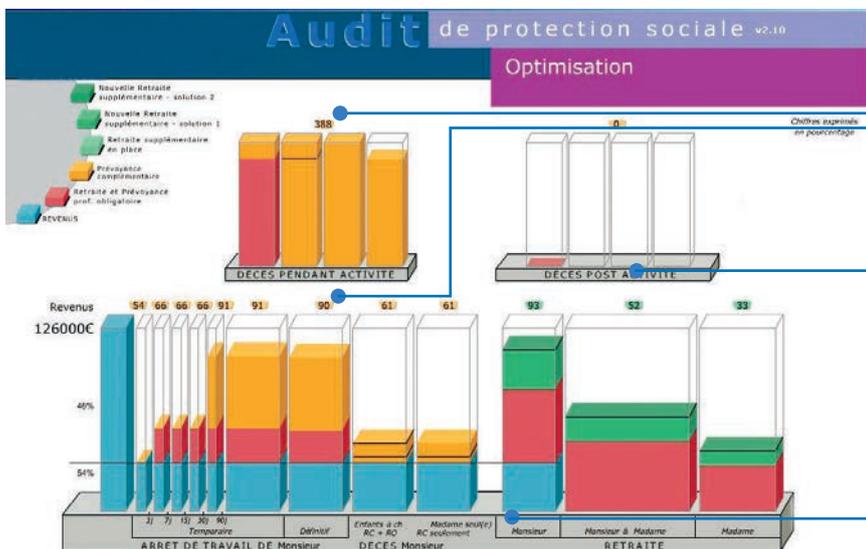
En partenariat avec :



RÉALISEZ VOTRE BILAN DE PROTECTION SOCIALE

OFFERT, CONFIDENTIEL ET SANS ENGAGEMENT POUR LES RADIOLOGUES

1 heure pour tout connaître sur votre situation



PENDANT VOTRE ACTIVITÉ

En cas de décès :

- Le niveau de vie de votre famille est-il assuré ?

En cas d'arrêt de travail :

- Êtes-vous couvert ?
- Au bout de combien de temps ?
- Pour quel niveau de prestation ?

APRÈS VOTRE ACTIVITÉ

En cas de décès :

- Quel capital laisserez-vous à vos proches ?

À la retraite :

- À quel âge pourrez-vous cesser votre activité ?
- Quel sera le montant de votre retraite ?
- Est-ce suffisant pour maintenir votre niveau de vie ?

Pour bénéficier de votre bilan réalisé avec un expert de la protection sociale, contactez le :

0970 808 808 (numéro non surtaxé)



L'avenir...

Les médecins radiologues libéraux sont de plus en plus confrontés au problème de leur succession lors de leur départ en retraite. Leurs successeurs sont les internes qui, souvent, de par l'organisation des études, ne connaissent pas ou peu le mode d'exercice en libéral.

Cette méconnaissance engendre souvent des inquiétudes qui peuvent retarder leur « passage à l'acte » de l'installation en privé.

Depuis quelques années, la profession, en lien avec le CERF (Collège des Enseignants de Radiologie de France) a souhaité organiser des stages pour les internes dans des structures privées capables de les accueillir ; malheureusement ces participations sont encore modestes.

Il nous a donc semblé important de consacrer un dossier à ce sujet afin d'encourager les médecins radiologues libéraux à proposer des terrains de stage dans toutes les régions, permettant ainsi de montrer la richesse et la diversité de notre activité en libéral.

L'avenir, c'est aussi celui de la radiologie libérale. Celle-ci est aujourd'hui, plus que jamais, menacée par le projet de loi de santé de Marisol Touraine.

Le rôle de la FNMR et de ses membres est de combattre cette attaque violente, comme nous nous sommes battus depuis des années pour plus d'équipements d'imagerie en coupe ou pour la reconnaissance de nos actes.

C'est cet avenir et la place centrale de l'imagerie médicale dans le parcours de soins que nous défendons depuis plusieurs mois à travers toutes les actions déjà entreprises.

C'est cet avenir auquel nous croyons, et celui de nos successeurs, que nous devons défendre lors de la manifestation des professions de santé à Paris le dimanche 15 mars prochain. Nous sommes des médecins responsables voulant maintenir la qualité des soins et sauver la radiologie libérale.

Nous devons tous montrer notre détermination en participant massivement à la manifestation, avec nos patients, pour dire NON au projet de loi de santé. Cela suffit comme ça !

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire # 377

■ Manifestation 15 mars 2015	05
■ Les internes	
Les stages d'internes en secteur libéral	04
Formation médicale et terrains de stage	06
Chartre d'agrément d'accueil en stage des internes du DES de radiologie et imagerie médicale	08
Modèle de conventions de stage FHP	14
Affectation à l'issue des épreuves classantes 2013	24
Les stages en libéral : une véritable opportunité	28
Le côté obscur de la force	29
Cinq idées reçues sur le stage de radio en libéral	31
Maître de stage de l'interne en radiologie libéral	32
Les internes en radiologie et les stages en libéral en Bourgogne	34
Semestre de radiologie en libéral : point de vue d'interne	36

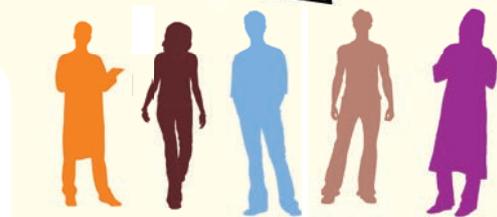
Radiologues libéraux : engagez-vous dans la formation des internes !	37
La responsabilité civile et professionnelle du radiologue en cas de stage d'un interne dans son cabinet	38
■ Elections à la SFR	40
■ RSNA, centième anniversaire et cent ans de réflexion ?	41
■ RSNA 2014	42
■ Petites annonces	46
■ Vie fédérale	46

Annonces

AG2R	02
PMFR	47
UNIPREVOYANCE	48



Lex internes



Les stages d'internes en secteur libéral

En application de l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes, publié au Journal Officiel du 9 février 2011, les possibilités d'accueil se sont aujourd'hui étendues aux structures libérales.



En effet, la stratégie de la discipline radiologique depuis ces dernières années a été de favoriser l'élargissement du flux de formation pour pallier au déficit annoncé de radiologues dans les années à venir. Mais cette augmentation progressive du nombre d'internes en formation implique aussi une augmentation du nombre de postes de stage. Cette situation nécessite de diversifier les structures d'accueil pour assurer la réalisation des maquettes pour tous.

Dans certaines régions, les terrains de stage sont insuffisants si bien qu'il est parfois difficile pour les internes d'accéder à un stage de radiologie, ou bien le choix se limite à un ou deux services. Cette possibilité permettrait une amélioration de l'offre dans certaines surspécialités peu représentées en public très présentes en libéral, comme la sénologie ou l'imagerie ostéo-articulaire. Enfin, le passage au sein de structures libérales au cours d'un cursus d'internat peut être tout à fait utile pour de nombreux candidats à une installation future.

Aujourd'hui, il est donc possible pour des structures libérales de s'inscrire dans une démarche de formation des internes. Mais toute demande de participation à cet accueil ne se conçoit qu'en lien étroit avec la communauté hospitalo-universitaire radiologique de la subdivision, et en particulier du responsable régional de l'enseignement, ainsi qu'avec le Doyen de la faculté. En effet, l'agrément des structures d'accueil est régi, pour toutes ces structures, par la Commission de subdivision présidée par le Doyen. Toute nouvelle demande, issue du secteur privé (comme du secteur public), ne pourra être prise en compte par les coordonnateurs locaux que si le ou les responsables médicaux de l'entité ont pris contact avec eux avant le dépôt de leur demande. Un rapport sera établi après une visite réalisée sous l'autorité du Doyen par une équipe mixte composée d'un enseignant de la spécialité, d'un praticien non universitaire désigné par le Doyen et d'un représentant des internes désigné par les organisations représentatives des internes.

La participation à la formation des internes doit se concevoir en termes de collaboration et de complémentarité et non en termes de concurrence. L'offre de formation

proposée doit permettre de combler une "carence" dans le dispositif de formation pour des motifs soit qualitatifs (absence de terrain de stage dans une des sur-spécialités) soit quantitatifs (nombre d'internes à former trop élevé par rapport aux capacités d'accueil et d'encadrement). Cet agrément ne sera délivré que sur la base d'un projet pédagogique défini entre le coordonnateur et la structure. Parfois, afin d'atteindre les objectifs pédagogiques, ce stage pourra être partagé entre la structure privée et une structure publique (CHU ou CH). Ces stages partagés auraient l'avantage d'augmenter l'attractivité du stage, de mutualiser enseignements et staffs et d'atteindre plus efficacement l'ensemble des objectifs d'une surspécialité.

En s'engageant dans ce processus, la structure libérale prend un engagement de formation sur la base du projet pédagogique et sur une qualité d'encadrement. Une Charte a été validée à cette fin entre les membres du G4 et le syndicat des internes (l'UNIR). Ainsi, la structure doit justifier d'un nombre de médecins titulaires suffisant pour assurer l'activité et pour encadrer l'interne. La qualification du responsable de l'entité doit être cohérente avec l'agrément demandé, un médecin senior doit être présent sur place en permanence et un responsable pédagogique ("tuteur") doit être désigné pour l'ensemble du stage.

Peu de demandes ont aujourd'hui émergé, mais la tendance devrait se développer du fait de l'augmentation progressive du nombre d'internes engagés dans la filière. Les stages en libéral sont maintenant devenus réalité. Lorsque la situation l'impose, il nous appartient, dans l'intérêt de nos internes, de développer cette stratégie de façon coordonnée, entre les responsables de la formation et les structures libérales demandeuses, pour proposer un cursus cohérent et le plus complet possible sans déstabiliser les services hospitaliers. ■

Pr Nicolas GRENIER
Président du CERF



Contre le projet de loi de santé pour la défense de la médecine libérale

Les médecins radiologues poursuivent leurs actions



MANIFESTATION NATIONALE
des médecins et des professions de santé
Dimanche 15 mars 2015 à Paris

Et toujours :

- Pétition patients
- Grève administrative
- Grève de la PDS
- Des actions locales



Formation médicale et terrains de stage

« *Etudier la médecine uniquement dans les livres est, comme pour un marin, ne jamais prendre la mer* »
Sir William OSLER 1872

Pour être performante, la Formation Médicale doit aujourd'hui répondre à une triple exigence :

- ❑ Une pédagogie résolument tournée vers les **nouvelles pratiques** intégrant les **innovations scientifiques et technologiques**.

Ainsi, entre l'acquisition des connaissances essentiellement lors d'enseignements dirigés interactifs, et les stages pratiques « de compagnonnage », s'insèrent des outils permettant l'apprentissage individuel et collectif par les techniques de simulation.

L'ensemble de ces outils permet de s'entraîner sans « intervenir la première fois sur le patient lui-même ». Il s'agit d'acquérir des réflexes de prévention et de gestion des risques réduisant les éventuels incidents et accidents liés aux soins et de maîtriser les bases gestuelles de son métier.

- ❑ Une formation préparant à la **culture multi-professionnelle des soins**, indispensable aussi bien dans la médecine de l'urgence, des blocs opératoires, de la réanimation que pour la prise en charge des maladies chroniques. Intervenir en commun avec les professions paramédicales qui s'ouvrent à certaines délégations de compétences et de tâches est un aspect majeur de la formation transversale. Autant se former à l'hyper-spécialité est bénéfique à la maladie, autant elle peut comporter un risque pour certains malades porteurs de multiples pathologies en raison d'un cloisonnement des formations et des interventions de spécialistes peu propices à la coordination efficace des soins.

- ❑ Une préparation à l'exercice **d'une médecine personnalisée** intégrant trois dimensions :

D'abord **l'indication thérapeutique ciblée** en fonction de biomarqueurs et de techniques d'imagerie prédictifs de la réponse individuelle. Ensuite, l'individualisation doit tenir compte de la sévérité et des complications d'une maladie ainsi que des co-pathologies associées.

Enfin la médecine doit être personnalisée en fonction du profil psycho-socio-éducatif du patient en tenant compte de ses choix et priorités de vie, de ses valeurs et de sa vulnérabilité.



S'imprégner de la **dimension humaine des soins** est un pré-requis à la bientraitance et à la prévention du **risque de dépersonnalisation des soins**. La mise en situation, par exemple dans le cadre d'ateliers théâtre-médecine participe efficacement à cette sensibilisation dans l'annonce et le souci de l'autre.

Rappeler ces grands principes de la Formation Médicale est un préalable pour tous formateurs chargés d'encadrer des étudiants du 2^e cycle et des internes, en particulier sur les terrains de stage qui répondent aux critères d'agrément. Former en médecine ne se résume pas à diffuser **une compétence technique, certes nécessaire mais réductrice**.

De son exemplarité dépend l'empreinte laissée par le maître de stage sur l'exercice futur de l'étudiant, de l'interne.

Les propositions avancées pour la réforme de la Formation au cours du 3^e cycle (internat) ne paraissent pas

devoir remettre en question **le principe d'une accessibilité aux terrains de stage en clinique privée.**

Cette réforme vise à améliorer la formation des internes en proposant 3 phases de formation au cours de l'Internat-DES :

- ❑ **Une phase initiale dite, « socle »** qui vise à acquérir des compétences transversales nécessaires à l'exercice du métier sans se confiner à une hyperspécialisation précoce.

A l'issue de cette première phase, l'évaluation doit permettre à l'équipe pédagogique et au coordonnateur de juger si le jeune interne a la capacité à poursuivre la spécialité choisie et/ou s'il justifie un accompagnement particulier ou renforcé.

- ❑ **La deuxième phase, dite « intermédiaire »** cible l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité.

Au terme de la phase intermédiaire, l'évaluation des compétences exigées et la réalisation d'une thèse d'exercice ouvrent le droit à une mise en responsabilité.

- ❑ **La troisième phase de « mise en responsabilité »**, dans un cadre sécurisé et agréé permet une autonomisation, un statut et une rémunération adaptés. L'élément nouveau est de permettre différentes longueurs de stage d'une part dans les phases 1 et 2 (6 mois) et au cours de la phase 3 (éventuellement stages d'un an).



identifiés et labellisés sur la base d'un cahier des charges en fonction des objectifs et du niveau d'encadrement.

Cette réforme ne devrait pas toucher au post-internat (à la suite de la phase 3 de mise en responsabilité) et ne remet pas en cause les postes d'assistants et de chefs de clinique. L'internat n'est pas destiné à sur-spécialiser les étudiants du 3^e cycle mais vise à obtenir les compétences suffisantes pour assurer les soins de recours de première ligne dans une discipline.

L'hyperspécialisation doit essentiellement se faire pendant le post-internat. Cependant la création d'options au sein des DES permet d'amorcer les sur-spécialisations au cours de l'internat. A l'issue de la phase 3 de mise en responsabilité-autonomie, les compétences seront évaluées avant d'aspirer à la qualification attribuée par l'Ordre qui donne le droit d'exercer.

Cette réforme de la formation des internes va donc impacter le parcours personnalisé des étudiants du 3^e cycle avec la nécessité pour les équipes hospitalières et celles des cliniques de répondre aux référentiels spécifiques de l'une ou plusieurs des 3 phases de la formation des internes. ■

Pr Jacques BRINGER

*Doyen de la Faculté de Médecine
Montpellier-Nîmes*



Le développement des pratiques ambulatoires doit conduire à développer des stages dans des milieux hospitaliers ou libéraux où cette activité ambulatoire est importante, formatrice et parfaitement encadrée. De plus, l'agrément pour une équipe dans une spécialité donnée, peut ne pas être accordé pour l'ensemble de la formation DES mais spécifiquement pour l'encadrement de stages de niveaux 1, 2 ou 3. De ce fait, des stages correspondants à chacun des trois niveaux de formation devront être



Charte d'agrément d'accueil en stage des internes du DES de Radiologie et Imagerie Médicale

Le Conseil National Professionnel de la Radiologie (G4), associant le CERF, la SFR, le SRH et la FNMR, en accord avec les représentants de l'UNIR, proposent une charte en vue de préciser les conditions d'agrément des structures d'imagerie en vue de l'accueil des étudiants du DES de Radiologie et d'Imagerie Médicale, ainsi qu'un engagement réciproque sur les conditions d'encadrement des internes en stage dans ces structures.



Conseil professionnel
de la radiologie française



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues



Etat des lieux :

Les services hospitalo-universitaires des CHU et des CLCC assurent actuellement la plus grande partie de la formation des internes sur la base d'un agrément pour le DES de radiodiagnostic. Certains services des Hôpitaux Généraux participent à cette formation lorsque leurs capacités d'encadrement le permettent, sur la base d'un agrément identique.

En application de l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes, publié au Journal Officiel du 9 février 2011, les possibilités d'accueil se sont aujourd'hui étendues aux structures libérales.

L'augmentation du nombre d'internes de radiologie en formation implique aussi une augmentation du nombre de postes de stage. Dans certaines régions, ceux-ci sont insuffisants et il est parfois difficile pour les internes d'accéder aux stages dans un service de radiologie. Certaines sur-spécialisations sont difficilement accessibles pour les internes (Exemples : sénologie, imagerie ostéo-articulaire).

Il est donc nécessaire de diversifier les structures d'accueil pour assurer la réalisation des maquettes pour tous.

Toute demande de participation à cet accueil ne se conçoit qu'en lien étroit avec la communauté hospitalo-universitaire radiologique de la subdivision, et en particulier du responsable régional de l'enseignement.

Agrément d'un terrain de stage :

L'agrément des structures d'accueil est régi, pour toutes ces structures, par les règles suivantes :

- La Commission de subdivision statuant en formation en vue de l'agrément est présidée par le Doyen ;
- La Commission de subdivision statuant en formation en vue de la répartition des postes est présidée par le Directeur Général de l'ARS ou son représentant (Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la Commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études médicales).

Dans les deux cas de figures, les coordonnateurs sont membres de droit de la commission, avec voix consultative.

Demandes :

Une nouvelle demande, issue du secteur public ou privé, ne pourra être prise en compte par les coordonnateurs locaux que si :

- Le ou les responsables médicaux de l'entité ont pris contact avec le coordonnateur de l'enseignement avant le dépôt de leur demande : la participation à la formation des internes doit se concevoir en termes de collaboration et de complémentarité et pas en termes de concurrence.
- L'offre de formation proposée par une nouvelle entité doit permettre de combler une "carence" dans le dispositif de formation pour des motifs :
 - qualitatifs : par exemple absence de terrain de stage dans une des sous-spécialités ;
 - quantitatifs : nombre d'internes à former trop élevé par rapport aux capacités d'accueil et d'encadrement.

Une grille harmonisée d'évaluation des sites doit être utilisée pour garantir l'équité des décisions prises vis-à-vis des différentes entités, publiques ou privées, demandeuses d'un premier agrément ou d'un renouvellement d'agrément (*Annexe 1*).

Stage partagé :

Il est possible de mettre en place des stages partagés entre une structure publique et une structure libérale afin d'atteindre les objectifs pédagogiques. L'agrément des deux structures est un préalable indispensable. Les modalités de répartition d'activité sont variables. L'interne est sous la responsabilité du radiologue libéral lorsqu'il travaille dans la structure libérale et sous la responsabilité du radiologue hospitalier lorsqu'il travaille à l'hôpital.

Validation :

Toute nouvelle demande doit tenir compte d'un rapport établi, après une visite réalisée sous l'autorité du Doyen par une équipe mixte composée d'un enseignant de la spécialité, d'un praticien non universitaire désigné par le Doyen et d'un représentant des internes désigné par les organisations représentatives des internes. (Titre I^o, Article 3, Paragraphe VI de l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à

l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales) au cours de laquelle des entretiens seront organisés avec le responsable médical de l'entité et les internes en poste (si l'entité est déjà titulaire d'un agrément).

Durée de validité :

Pour une première demande, cet agrément est donné pour un an. Au cours d'un renouvellement, celui-ci peut être donné pour 1 ou 5 ans après évaluation et avis du coordonnateur de l'enseignement.

Demande émanant d'une autre spécialité

Si un service d'imagerie est sollicité par une autre spécialité, de discipline médicale ou chirurgicale, pour devenir lieu de stage pour leurs internes, il est indispensable qu'un contact soit pris avec le responsable du DES de radiologie pour s'assurer qu'il a été mis au courant de cette démarche et qu'il en donne son accord. Si celui-ci est obtenu, l'agrément sera donné pour la discipline concernée seulement, ce qui n'empêche pas la radiologie de le demander également si nécessaire : ce sera alors un double agrément). En cas de désaccord du coordonnateur, c'est ce dernier qui devra justifier ce refus auprès du doyen et du coordonnateur de la spécialité concernée.

Obligations du service de radiologie envers l'interne :

- ▶ Le service doit justifier d'un nombre de médecins titulaires suffisant pour assurer l'activité et pour encadrer l'interne. Par ailleurs :
 - **la qualification du responsable d'entité doit être cohérente avec l'agrément demandé,**
 - **un médecin senior doit être présent sur place en permanence,**
 - **un responsable pédagogique ("tuteur") doit être désigné pour l'ensemble du stage.**
- ▶ Le statut des internes implique une durée de stage hebdomadaire de 11 demi journées/semaine en stage plein temps, dont 2 réservées à l'activité universitaire.
- ▶ Les actes et interprétations que réalise l'interne doivent l'être en présence et sous la responsabilité directe d'un

médecin radiologue du service. L'interne est un médecin radiologue en formation. En structure privée, l'interne ne doit pas remplacer dans le service ou dans les cabinets associés à la structure pendant toute la durée du stage.

- ▶ Concernant l'activité de garde, celle-ci est une obligation statutaire de l'interne. Il se doit de participer au tour de garde des internes de radiologie du CHU ou du CH. En cas de stage en secteur libéral, l'interne n'est pas habilité à prendre des gardes au sein de ces structures. En l'absence d'éloignement géographique de plus de 50 km, l'interne participera éventuellement au tour de garde du CHU ou du CH de proximité. Un repos de sécurité doit être respecté au décours de chaque garde.
- ▶ Le projet pédagogique doit être défini entre le coordinateur et le service accueillant l'interne (voir ci-dessous).
- ▶ Le service doit libérer l'interne chaque fois que nécessaire afin qu'il puisse suivre les cours universitaires dans le cadre de sa formation de 3^e cycle, en accord avec le coordinateur du DES.
- ▶ Le service doit mettre à disposition de l'interne les moyens nécessaires afin, qu'il puisse se former (Accès Internet, consultation de sites français ou internationaux de radiologie, etc ...) dans un lieu calme et adéquat. Il doit le faire participer aux réunions de revue de bibliographies, de revue de dossiers (iconothèque ou dossiers intéressants hebdomadaires), ainsi qu'aux staffs médico-chirurgicaux et aux réunions de concertations pluridisciplinaires, lorsque celles-ci existent.

Obligations de l'interne :

- ▶ L'interne doit assurer une présence dans le service selon le planning établi par le médecin radiologue maître de stage ou le responsable des plannings des médecins.
- ▶ L'interne participe à l'activité du service en présence et sous la responsabilité du médecin radiologue maître de stage ou d'un médecin radiologue du service : il réalise des examens d'imagerie médicale, pose l'indication et détermine l'examen le plus adapté pour répondre à la demande du clinicien selon les recommandations des bonnes pratiques de la SFR, les recommandations de la HAS et selon le principe ALARA.
- ▶ Il participe à :
 - la réalisation de l'examen selon le protocole en cours dans le service,
 - l'interprétation de l'examen et à la rédaction du compte-rendu,

- l'entretien avec le patient pour lui communiquer le résultat de l'examen.

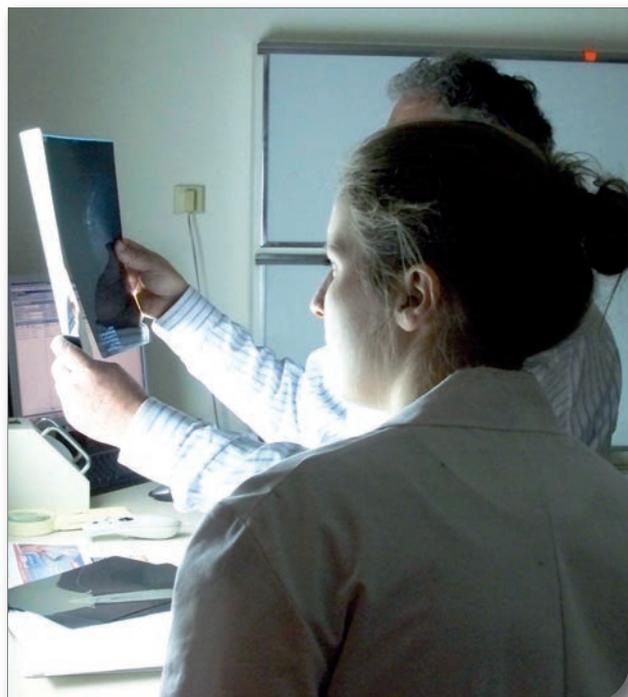
Evaluation du stage

- ▶ L'évaluation finale du stage doit être collective et personnellement présentée à l'interne. Elle sera transmise au coordinateur du DES en temps utile.
- ▶ L'interne doit évaluer la qualité et l'intérêt du service auprès du coordinateur en fin de stage.

Objectifs d'enseignements :

En se basant sur les objectifs fixés au préalable, les médecins du service doivent prodiguer à l'interne un enseignement concernant :

- ▶ Les connaissances théoriques et pratiques du domaine concerné :
L'entité doit se référer à un projet spécifique et aux objectifs pédagogiques, validés par le CERF (<http://www.cerf-edu.com/>).
- ▶ Pour les stages réalisés en secteur libéral, les internes pourront profiter de l'acquisition des connaissances spécifiques à l'exercice libéral (**Annexe 2**). ■



Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT INTERNAT RADIOLOGIE - IMAGERIE MÉDICALE

Nom et adresse de l'établissement :

Nom du responsable administratif du dossier (bureau des affaires médicales) :

Téléphone :

Email :

Nature de l'établissement CHU CHG HIA

Etablissement hospitalier privé à but non lucratif Etablissement hospitalier mutualiste

Centre régional de lutte contre le cancer Etablissement hospitalier privé à but lucratif

Autre établissement (Précisez) :

1. Activité du service

Nom de la structure radiologique :

Nom du responsable pédagogique :

Fonction, titres :

Adresse :

Email :

Téléphone :

RADIOLOGIE IMAGERIE MÉDICALE		Activité annuelle		SPÉCIALITÉ(S)	% de l'activité	Surspécialité oui/non à dév.dans le projet pédagogique
Activités d'urgence (SAU) (oui/non) :		Nbre de passages :		Im.digestive <input type="checkbox"/>		
Radiologie interventionnelle (oui/non) :		Nbre d'examens :		Im. génito-urinaire <input type="checkbox"/>		
Type d'appareillages	Nbre d'unité	Nbre d'examens/an % examens externes		Im. cardiovasculaire <input type="checkbox"/>		
Tomodensitométrie			%	Im. gynécologique <input type="checkbox"/>		
IRM			%	Im. interventionnelle <input type="checkbox"/>		
Radiologie Conventionnelle			%	Im. musculosquelettique <input type="checkbox"/>		
Echographie (programmée)			%	Neuroradiologie <input type="checkbox"/>		
Imagerie mammaire			%	Im. obstétricale <input type="checkbox"/>		
Autre modalité (précisez) :			%	Im oncologique <input type="checkbox"/>		
				Imagerie pédiatrique <input type="checkbox"/>		
				Sénologie <input type="checkbox"/>		
				Im. thoracique <input type="checkbox"/>		

2. Responsabilités confiées à l'interne

Responsabilités	(oui/non)	Nombre de postes d'internes DES :	
Réalisation et interprétation des examens par l'interne		Nombre d'inter CHU, d'internes des HIA, de FFI sur les 5 dernières années	
Présence systématique d'un « senior » avec l'interne : <ul style="list-style-type: none"> • radiologie conventionnelle spécialisée • échographies • TDM/IRM 		Horaires journaliers moyens :	
Lecture systématique avec un « senior » et l'interne : <ul style="list-style-type: none"> • radiologie conventionnelle spécialisée • échographies • TDM/IRM 		Présence le samedi matin (oui/non) :	
Actes de radiologie interventionnelle en 1 ^{er} opérateur aidé d'un sénior (oui/non) :		Nombre de gardes/mois :	
		Nombre de demi gardes/mois :	
Principaux gestes techniques réalisés par l'interne :		Senior sur place pendant la garde (oui/non) :	
		Nombre d'astreinte/mois	

3. Encadrement médical et moyens

Nombre de PUPH et MCU PH :		Nombre de PH (temps plein : 1, partiel : 0,5) :	
Nombre de CCA/AS et PHU :		Autres praticiens en imagerie : (tps partiel = 0,5 ; tps plein = 1 ; ½ journée = 0,1) :	
Secteur libéral : nombre de radiologues encadrant dans la thématique (nom, fonction et titres dans le projet pédagogique) :			
Nombre de demi-journées d'encadrement / radiologue		Secteur libéral : rattachement hospitalier de ceux qui encadrent (vacations, temps partiel...) :	
Les internes disposent ils d'un bureau dédié (oui/non) :		Bibliothèque dans le service (oui/non) :	
Accès à Internet (dédié aux internes) (oui/non) :		Le service est il relié à un PACS (oui/non) :	

4. Implication du service dans la formation et la recherche

L'interne dispose-t-il d'un livret de stage (présentation du service, objectifs de formation, doc. pédagogiques,...) (oui/non) :		Réunions multidisciplinaires (RCP) (oui/non)	
Fréquence hebdomadaire des cours aux internes (nbre/sem) :		Réunions de l'ensemble de l'équipe (dossiers, exposés,...) avec participation active de l'interne (oui/non) :	
Durée hebdomadaire des cours aux internes (nbre d'heures) :		Nombre de mémoires de DES ou de thèses encadrés dans les 5 dernières années	
Réunions de bibliographie (oui/non) :		Nombre de travaux scientifiques d'interne encadrés (présentations, publications en 1 ^{er} auteur) moyen par an :	

Des évaluations de la formation de l'interne sont elles organisées en cours de stage (oui/non) :		Participation active du service • au projet pédagogique de l'inter région (oui/non) • à des DU, DIU, journées de FMC, autres (oui/non)	
Evaluation du stage organisée (oui/non) :		Participation de la structure à la gestion du cabinet ou de l'établissement (oui/non)	
Les médecins de l'équipe sont-ils adossés à une unité de Recherche / organisme institutionnel de Recherche (oui/non) :		Participation de la structure à des réunions avec tutelles (ARS, G4, FNMR) (oui/non)	

5. CV et épreuve de titre des radiologues responsables pédagogiques

Noms, fonction, titres

Travaux scientifiques du service / de la structure sur les 5 dernières années (publications scientifiques, publications pédagogiques, présentation à des congrès, participation à des projets de recherche clinique (PHRC, STIC, ...))

6. Projet pédagogique

Projet pédagogique détaillé à joindre au présent questionnaire à transmettre en double exemplaire exclusivement au coordonnateur de la discipline

7. Agréments

6-1 – Si la demande d'agrément fait suite à un changement de chef de service, préciser le nom de ce dernier :

6-2 – Agrément(s) déjà obtenu(s) - (bien préciser le code et l'intitulé de la discipline ¹)

1.	2.
----	----

Fait à :
Le :

Signatures :
(et cachet)

Le Directeur de l'établissement

Le Chef de Service

Le responsable pédagogique

¹ Les codes et l'intitulé précis des DES-DESC se trouvent dans la liste des coordonnateurs

Annexe 2 : CONNAISSANCES SPÉCIFIQUES À L'EXERCICE LIBÉRAL

- ▶ Initiation à la gestion des ressources humaines : management des équipes, organisation, droit social.
- ▶ Initiation à la fiscalité, droit des sociétés (statuts juridique des structures).
- ▶ Initiation à la gestion comptable.
- ▶ Présentation des obligations réglementaires (hygiène, sécurité, radioprotection, etc.)
- ▶ Présentation de l'organisation de l'administration de la santé au niveau national, régional et départemental (Ministère, DGOS, HAS, ASN, ARS, conférences sanitaires régionales de santé...).
- ▶ Présentation des relations avec les institutionnels (Ordre des Médecins, Caisses, mutuelles, Unions régionales des professionnels de Santé, G4, FNMR).
- ▶ Présentation des relations entre les médecins radiologues et les établissements de soins.
- ▶ Présentation de la gestion des dossiers de demande d'autorisation de matériel lourd.
- ▶ Présentation des différents modes de coopérations privé-public et privé-privé (POSIM).
- ▶ Initiation à la politique de qualité.



Modèle de conventions de stage



L'accueil d'un interne au sein d'un établissement privé est nécessairement codifié et un certain nombre de règles sont à respecter ou à connaître.

Elles sont traduites dans la convention entre le service d'accueil et l'ARS.

Nous vous proposons ici des extraits du guide réalisé en Languedoc Roussillon par la FHP et les radiologues libéraux. Il peut exister des variantes régionales.

A L'agrément

Ce qu'il faut savoir : La procédure de dépôt des demandes d'agrément pour l'accueil des internes en Languedoc Roussillon a été modifiée. Les demandes d'agrément pourront être envoyées à l'ARS-LR **à tout moment**. Les modèles de dossiers de demande d'agrément en place au sein de la région sont téléchargeables sur le site de l'ARS-LR (<http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Internat-en-medecine.106226.0.html>).

Vous devez envoyer plusieurs documents : la demande d'agrément et le questionnaire type de demande d'agrément des lieux de stage à l'ARS-LR, accompagnés d'un projet pédagogique spécifique à la spécialité proposée.

Attention : Les stages pour les internes de Médecine Générale ont des objectifs différents des stages pour les internes de spécialités. Ils relèvent également de coordonnateurs de filière différents. Chaque maquette exige ses propres spécificités.

Conseils sur le montage des dossiers :

- Un maximum de détails doit être donné (encadrement, type d'activité, équipements mis à disposition, projet pédagogique...) afin de lever toute ambiguïté.
- Un référent doit être identifié dans le service, chaque dossier est intuitu personae. Toutefois, il est primordial que plusieurs praticiens de l'équipe médicale s'impliquent dans l'encadrement de l'interne.
- Le département qui réceptionne le dossier ne va pas le rejeter automatiquement en cas de difficultés ou contradictions, un dialogue est instauré avec l'établissement en question pour faire évoluer le dossier.

Les dossiers sont examinés lors de la commission d'agrément qui se réunit début juillet. Les établissements agréés peuvent accueillir des internes dès le 2 novembre de l'année en cours. Mais selon les besoins, la commission peut également se réunir en début d'année pour permettre aux internes d'être accueillis au mois de mai.

Pour consulter la liste des terrains de stage agréés : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Internat-en-medecine.106226.0.html>



En aucun cas l'obtention d'un agrément entraîne l'ouverture d'un poste d'interne. Toute demande d'ouverture de poste relève d'une seconde étape : la répartition des postes.

Durée de l'agrément : A l'issue de la 1^{ère} année d'obtention de l'agrément, et sauf indication contraire, l'agrément est réputé renouvelé pour 5 ans sans qu'aucune démarche particulière ne doive être effectuée.

L'agrément est systématiquement réexaminé :

- au terme des 5 ans
- lors d'un changement de responsable médical du lieu de stage agréé
- sur demande motivée du représentant des internes
- sur demande motivée du coordonnateur local du DES, du Directeur d'UFR ou du DGARS

Le réexamen de l'agrément implique une nouvelle visite du terrain de stage et l'établissement d'un nouveau rapport établi après celle-ci.

Le retrait d'un agrément fait l'objet d'un arrêté du DGARS, après avis ou proposition de la Commission de subdivision, réunie en formation en vue de l'agrément. Le dossier de demande de nouvel agrément doit comporter, en sus du dossier susmentionné, les éléments permettant d'apprécier que des corrections ont été apportées concernant les éléments ayant motivé le retrait.

A Les assurances

Ce qu'il faut savoir : l'établissement doit être assuré au titre des risques que les internes peuvent occasionner ou dont ils peuvent être victimes. Il doit être titulaire d'une assurance « comportant une clause particulière considérant comme tiers les stagiaires qu'il accueille et prévoyant que les faits dommageables causés par les stagiaires ou dont ils peuvent être victimes sont pris en charge en qualité de commettant ».

2 observations :

- ❑ Les risques dont les internes peuvent être victimes sont déjà couverts puisque les accidents sont assimilés à des accidents du travail.
- ❑ Les internes du CHRU sont automatiquement assurés auprès du GROUPE PASTEUR MUTUALITE, l'adhésion étant comprise dans leur cotisation à leur syndicat. Cette assurance couvre les dommages causés par l'interne à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins effectués sous la conduite d'un praticien ou en établissement et plus généralement des activités universitaires et hospitalières (stages, travaux pratiques).

Malgré ces contradictions, il vous faut vous assurer et vérifier que l'interne est assuré (N'oubliez pas de conserver les attestations d'assurance !).

Enfin pour les médecins libéraux concernés, conseillez-leur d'informer leur compagnie d'assurance de la présence des internes.

C Les charges sociales

Ce qu'il faut savoir : Selon la convention actuellement en vigueur, c'est le CHRU qui effectue les versements afférents aux charges sociales, lesquelles sont calculées selon les règles propres à la fonction publique hospitalière.

Ces modalités de calcul des charges sociales ont été l'un des motifs de l'opposition de la FHP-LR au principe d'une rémunération de l'interne directement par l'établissement !

C Les congés

Ce qu'il faut savoir : L'interne a droit à un congé annuel rémunéré de 30 jours ouvrables, le samedi étant décompté comme jour ouvrable. La durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut être supérieure à 24 jours ouvrables.

En pratique, le CHRU conseille une répartition égale des congés sur les deux semestres (soit 15 jours pour chaque stage). L'interne relève du CHRU pour tous les actes de gestion, attachés à ses fonctions hospitalières dont notamment les congés.

A la fin du semestre, l'établissement doit établir une attestation à l'attention du CHRU mentionnant le nombre de jours de congé annuel pris par l'interne.

Pour aller plus loin :

L'interne bénéficie d'un **congé de maternité, d'adoption ou paternité** d'une durée égale à celle d'un salarié de droit privé et avec maintien de la rémunération.

Dans certaines conditions, l'interne peut bénéficier d'un **congé de présence parentale et d'un congé parental d'éducation**. Un **congé de solidarité familiale** peut également être accordé.



Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de 2 mois, que l'absence soit justifiée (maladie, maternité...) ou non, le stage n'est pas validé. Un stage semestriel non validé est comptabilisé au titre de la durée maximale pour effectuer la formation du 3^e cycle et entraîne l'accomplissement d'un stage semestriel supplémentaire.

C Le congé maladie

Ce qu'il faut savoir : L'interne doit évidemment justifier d'un arrêt de travail.

La clinique doit informer le CHRU dans les 48 heures via l'envoi de l'arrêt reçu de l'interne.

L'interne perçoit sa rémunération en totalité les 3 premiers mois et à hauteur de 50% les 6 mois suivants.

Les prestations en espèces des caisses de sécurité sociale viennent en déduction des sommes dont le versement est garanti à l'interne et le CHRU, subrogé dans ses droits, perçoit lesdites prestations.

Pour aller plus loin :

Est également possible le congé de longue maladie ou de longue durée ainsi que le mi-temps thérapeutique.

En cas d'accident ou de maladie imputable à l'exercice de ses fonctions ou survenu à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, l'interne bénéficie, après avis du comité médical institué pour les praticiens hospitaliers, d'un congé pendant lequel il perçoit la totalité de sa rémunération.

A l'issue d'une période de 12 mois de congé, et après examen de l'interne par le comité médical, il reprend son activité ou le congé peut être prolongé, avec maintien des 2/3 de la rémunération jusqu'à guérison ou consolidation pour une période qui ne peut excéder 24 mois.

L'interne peut encore bénéficier d'un congé sans solde d'une durée maximale de 12 mois.

Si le comité estime que l'interne ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci.

C Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Ce qu'il faut savoir : Le C.P.O.M. doit intégrer la participation de l'établissement à la mission de service public d'enseignement, a priori sous forme d'un avenant auquel sera annexé la convention d'accueil.



N'oubliez pas de demander la révision du C.P.O.M. parallèlement au dépôt de dossier de demande d'agrément !

C La convention d'accueil

Ce qu'il faut savoir : une convention est obligatoirement signée par l'établissement avec le CHU de rattachement, le directeur de l'UFR et le DGARS. Deux modèles sont prévus, selon que l'interne est rémunéré par l'établissement d'accueil ou par le CHRU de rattachement.

Le modèle retenu en Languedoc-Roussillon est celui d'une rémunération par le CHRU de MONTPELLIER.

Cette convention règle les modalités de prise en charge des dépenses concernant l'interne, les questions d'assurance, les obligations pédagogiques et statutaires de l'interne, le règlement intérieur applicable...

La convention est prévue pour une durée équivalente à la durée d'agrément et précise comment elle est révisée et résiliée.

D La discipline

Ce qu'il faut savoir : l'interne est soumis au règlement de l'établissement d'accueil. Il est expressément prévu que l'interne s'acquitte des tâches qui lui sont confiées et participe à la continuité des soins.

L'interne encourt notamment des sanctions disciplinaires en cas de faute ou d'absence injustifiée de leur lieu de stage.

L'interne reste soumis au régime disciplinaire propre aux internes défini par le Code de la Santé Publique.



Il ne peut être mis fin au stage de manière unilatérale : une réunion préalable des parties à la convention doit être organisée et un délai de préavis de 15 jours respecté.

D La durée

Ce qu'il faut savoir : Les stages sont proposés tous les six mois aux internes. La durée de chaque stage est d'un semestre. Ils débutent les **02 mai** et **02 novembre** de chaque année.

A partir de la 2^e année du 2^e cycle des études médicales, les étudiants en médecine doivent accomplir 36 mois de stages hospitaliers.

E L'évaluation

Ce qu'il faut savoir : Les modalités d'évaluation de la formation doivent être précisées dans le « questionnaire type de demande d'agrément des lieux de stage en 3^{ème} cycle des études médicales » rempli en amont par l'établissement.

Cette évaluation implique évidemment l'équipe médicale et doit être envisagée en cours de formation pour apprécier l'évolution de l'interne.

Elle peut se baser sur des objectifs de progression fixés en amont.

En fin de formation, elle doit être formalisée dans le **carnet de l'interne**.

F La facturation des actes

Ce qu'il faut savoir : En l'état, l'activité de l'interne est strictement financée par une dotation au titre d'une MERRI.

Les actes réalisés par l'interne sous le contrôle du médecin sont cotés par celui-ci.



La FHP considère qu'il est possible que l'interne réalise des actes sans contrôle direct du médecin auquel cas l'établissement pourrait coter l'acte comme cela est notamment possible pour le médecin salarié. La DGOS a été saisie de la question selon courrier du 1^{er} septembre 2011 mais n'a toujours pas apporté de réponse. En région, nous avons sollicité l'ARS-LR. Cette dernière a obtenu une réponse de la CPAM de l'Hérault. Sa conclusion est la suivante : un praticien peut facturer les actes réalisés avec le concours d'un interne placé sous sa responsabilité. (Voir réponse en annexe 5).

Voir aussi : F comme Financement

F La faute

Ce qu'il faut savoir : L'établissement d'accueil doit signaler au CHRU toute faute commise par l'interne « *dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses activités au titre du stage* ». C'est alors au directeur du CHRU de décider s'il met en œuvre la procédure disciplinaire spécifique aux internes.

La notion de faute n'est pas définie, il vous appartient donc d'apprécier la gravité du manquement qui justifierait du signalement. Bien évidemment, la prudence s'impose...

F Le financement

Ce qu'il faut savoir : Pour 2014 et comme les années précédentes, le financement se fait exclusivement par une dotation **au titre d'une MERRI variable** perçue par l'établissement qui accueille l'interne. Pour les établissements hors T2A, la dotation est versée au CHU de rattachement et est déduite du montant remboursé par l'établissement au CHU.

Le financement est ainsi forfaitaire, la seule variable étant celle de l'ancienneté de l'interne dans le cursus de formation.

Pour 2014 :

- la rémunération d'un interne 1^{ère} - 3^{ème} année sera compensée à hauteur de 16.000 € par an
- et celle d'une interne 4^{ème} - 5^{ème} année à hauteur de 8.000 € par an.

Extrait circulaire N° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé

Année d'ancienneté	Coût total annuel chargé employeur (40%)	Moyenne	Taux de prise en charge	Forfait annuel
1	29.345 €	32.218 €	49,7%	16.000 €
2	31.820 €			
3	35.488 €			
4	38.324 €	39.720 €	20,1 %	8.000 €
5	41.116 €			

F La formation

Ce qu'il faut savoir : La formation théorique et pratique reçue à temps plein par les internes au cours du 3^e cycle de leurs études **dure de 3 à 5 ans** selon le diplôme d'études spécialisées (DES) envisagé.

Une **maquette de formation**, fixée par arrêté ministériel, détermine, pour chaque DES, le temps de préparation, le programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques qui doivent être exercées dans les stages, notamment le nombre de semestres à valider par spécialité. Chaque stage de formation pratique fait l'objet d'une validation. L'interne est un praticien en formation spécialisée durant toute la durée de son 3^{ème} cycle, et doit pouvoir consacrer 2 demi-journées par semaine à sa formation universitaire.

En amont de chaque semestre, les coordonnateurs régionaux des formations spécialisées devront transmettre au directeur de l'établissement d'accueil le planning prévisionnel des jours de formation pour lesquels la présence de l'interne est obligatoire.

Chaque établissement prendra les dispositions nécessaires pour libérer l'interne de ses obligations de service et pour le décharger, la veille de ces jours de formation, de toute participation au service de garde.

Le respect effectif des 2 demi-journées de formation universitaire par semaine est évalué par les directeurs d'établissements de santé, présidents de CME et doyens de faculté, en y associant les représentants des internes.

Pour aller plus loin :

L'interne ne peut pas poursuivre son 3^e cycle s'il ne valide pas ses semestres de formation dans un délai correspondant à 2 fois la durée réglementaire de la maquette de formation. Enfin, pour s'inscrire au DES de son choix dans sa discipline d'affectation, l'interne doit notamment avoir validé au moins 1 semestre spécifique de la spécialité dans un lieu de stage agréé au titre de ce diplôme.

G Les gardes

Ce qu'il faut savoir : il n'est pas obligatoire de proposer des gardes à l'interne, tout dépend de son projet pédagogique. Rien n'étant précisé quant à l'organisation des gardes, elle pourrait se caler sur celle prévue dans les établissements publics et mise en place par les commissions médicales d'établissements.

Voici quelques informations sur cette organisation pour le cas où vous voudriez mettre en place un service de gardes :

Service de garde dans les établissements publics de santé

Il comprend un service de garde normal et des gardes supplémentaires.

Le service de garde normal comprend 1 garde de nuit par semaine et 1 dimanche ou jour férié par mois.

Les obligations de service sont accomplies hors samedi après-midi, dimanche et jour férié à l'exception du dimanche ou jour férié effectué au titre du service de garde normal.

Le service de garde commence, en principe, à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18 h 30, pour s'achever au début du service normal du lendemain matin, et au plus tôt à 8 h 30.

Pour chaque dimanche ou jour férié, le service de garde commence à 8 h 30 pour s'achever à 18 h 30, au début du service de garde de nuit.

Un interne ne peut être de garde pendant plus de 24 heures consécutives.

Les gardes effectuées au titre du service dit normal sont comptabilisées dans le temps de présence obligatoire à raison de **2 demi-journées pour une garde**.

Pour toute garde d'interne, un médecin sénior doit être disponible, soit sur place, soit en astreinte à domicile, pour conseiller et aider l'interne.

L'interne doit prendre un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit, entraînant une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire.



Si des gardes et astreintes sont réalisées, elles devront être payées directement par l'établissement d'accueil (attention, au problème des charges sociales !), et ce même si c'est le CHRU qui est en charge de la rémunération de votre interne !

I L'information du patient

Ce qu'il faut savoir : *A priori*, l'information doit être assurée par le médecin comme toute information relative à la prise en charge médicale du patient.

Cependant, l'on peut s'interroger sur la nécessité d'intégrer l'information sur la présence éventuelle d'internes dans le livret d'accueil au titre de l'organisation générale de l'établissement ou encore les moyens permettant à la personne hospitalisée d'identifier les différentes catégories de professionnels.

Cette information peut être assurée en valorisant la présence de l'interne, lequel participe notamment à la continuité des soins.

I L'intégration de l'interne

Quelques conseils pratiques pour favoriser l'intégration :

Préparez son arrivée avec l'équipe médicale qui assurera son encadrement.

Informez l'ensemble de la communauté médicale, paramédicale et administrative de votre établissement de la présence de l'interne et informez l'interne sur l'organisation de l'établissement.

Les moyens ? Une réunion de présentation, la remise de documents (plan des locaux, organigramme, annuaire interne, rapport de certification...)

Institutionnalisez également des rendez-vous périodiques, tous les deux mois au minimum, pour faire le point avec l'interne. Ces rendez-vous pourront être organisés en accord avec l'équipe médicale et en présence d'un membre du personnel paramédical comme la surveillante générale.

Fixez des objectifs de progression



Veillez à communiquer auprès du service sur le positionnement de l'interne, sur ce qu'il peut faire... et ne pas faire !

P Le projet pédagogique

Ce qu'il faut savoir : L'établissement d'accueil et les responsables médicaux doivent établir un projet pédagogique au soutien de la demande d'agrément. Il sera joint au dossier. Cette étape est déterminante.

Les conditions dans lesquelles l'interne exerce son activité pendant le stage, et notamment la nature des tâches qui lui sont confiées en fonction des possibilités du terrain de stage, du niveau de formation de l'interne et de l'objectif pédagogique envisagé, sont précisées dans un document annexé à la convention d'accueil, contresigné par le directeur de l'UFR.

Le projet pédagogique doit s'articuler avec le programme pédagogique défini par l'enseignant coordonnateur du diplôme: il doit détailler l'objectif pédagogique et répondre aux objectifs de la maquette de la spécialité.

Attention : L'encadrement, pas seulement par le médecin référent mais par toute l'équipe, et l'accompagnement vers l'autonomisation de l'interne, sont des points sur lesquels les coordonnateurs de filière sont très vigilants lors de l'examen des dossiers.

R Le rapport de stage

Ce qu'il faut savoir : L'interne doit rédiger un rapport sur la formation théorique et pratique acquise durant le stage, visé par le responsable médical de stage, à l'attention du responsable de l'enseignement et du directeur de la clinique.

Le maître de stage adresse également au directeur de l'UFR un rapport sur le déroulement du stage, et ce aux fins de validation du stage. Ce rapport est également communiqué à l'interne.

En pratique, le support est le carnet de validation de l'interne qui comprend une fiche d'évaluation du stage.

Le document doit être signé et revêtu du tampon de votre établissement.



Une copie de ces documents doit être adressée à la Direction des Affaires Médicales - Formation Médicale - Réseaux et Partenariats du CHRU de Montpellier.

R La rémunération

Ce qu'il faut savoir : quelle que soit la discipline d'internat, l'interne perçoit la même rémunération.

Qui paie l'interne ? Deux options sont possibles, le choix devant être inscrit dans la convention : le paiement est fait soit par le CHU de rattachement (et la clinique procède ensuite au remboursement), soit par la clinique.

La convention actuellement en vigueur en Languedoc-Roussillon (toujours en vigueur) prévoit le paiement par le CHRU de MONTPELLIER et le remboursement dans un second temps par l'établissement qui perçoit directement la

dotation MERRI. Pour les établissements psychiatriques et SSR (qui ne peuvent percevoir la MERRI), le montant remboursé au CHRU par l'établissement tient compte de la MERRI que percevra directement le CHRU.



Le CHRU doit vous fournir l'ensemble des données permettant de valider la somme dont il demande le remboursement.

Aucun frais de gestion ne doit être facturé par le CHRU, et ce suite à l'opposition de la FHP-LR sur les 5% réclamés initialement !

Quelle est la rémunération de l'interne ?

- **des émoluments forfaitaires mensuels** : calculés en fonction du nombre de stages semestriels accomplis, ils sont fixés par arrêté et peuvent être majorés d'un supplément familial de traitement
- **des indemnités compensatrices des avantages en nature**
- **une indemnité forfaitaire de pénibilité pour chaque garde**
- **une prime de responsabilité versée mensuellement à partir de la 4^e année ou aux internes de médecine générale qui accomplissent un SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)**
- **une indemnité de sujétion pour les internes de 1^e et de 2^e année (prime revalorisée au 1^{er} novembre 2013)**
- **le remboursement partiel des frais de transport public conformément au décret n°2008-1501 du 30 décembre 2008**
- **une indemnité forfaitaire de transport versée aux internes dont le lieu de stage ambulatoire est situé à plus de 15 km tant du CHU auquel ils sont rattachés administrativement que de leur domicile, en vertu du décret n°2014-291 du 4 mars 2014. Cette indemnité n'est cumulable avec aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle des frais de transports directement versé à l'intéressé**
- **des indemnités pour participation à des enseignements et aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements hospitaliers**

Exemple : En 2014, la rémunération mensuelle brute pour les 3^e-5^e années est de 2.112 €

R La répartition des postes

Ce qu'il faut savoir : La Commission de subdivision statue en 2 formations : la formation en vue de l'agrément, et la formation en vue de la répartition, qui propose au DGARS la répartition des postes offerts au choix semestriel des internes de chaque discipline au sein des terrains de stage agréés. La décision de la commission de répartition intervient postérieurement à la réunion de la commission d'agrément.

La FHP-LR siège uniquement dans la Commission en vue de la répartition des postes (Titulaire : M. Jean-Dominique MOUCHARD / Suppléant : Dr Serge CONSTANTIN)

Attention : Quand bien même l'établissement est agréé terrain de stage, et retenu à l'issue de la commission de répartition pour accueillir un interne, il n'en demeure pas moins que l'affectation effective d'un interne est dépendante du choix des internes.

R Le repos de sécurité

Ce qu'il faut savoir : Le repos de sécurité doit être pris dans les suites immédiates d'une garde de nuit. Il est constitué d'une interruption totale de toute activité d'une durée de onze heures.

Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service.

L'obligation du respect du repos de sécurité doit figurer dans les conventions conclues entre les établissements pour organiser les stages des internes hors de leur CHU de rattachement.

Attention : Le respect du repos de sécurité est une priorité du gouvernement. Son évaluation est régulièrement conduite par les directions d'établissement, les présidents de CME, les COPS en lien avec les représentants des internes et, le cas échéant, des représentants de la Faculté.

R La responsabilité

Ce qu'il faut savoir : Selon le Code de la Santé Publique, l'interne exerce ses fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ».

Un arrêté du 27 juin 2011 précise quant à lui que l'interne exerce ses fonctions hospitalières « sous la responsabilité d'un médecin, responsable médical agréé exerçant au sein d'un lieu de stage agréé de l'établissement et signataire de la convention » avec le CHU de rattachement.

Ces textes sont à manier avec d'autant plus de précaution que seul l'établissement, et non le médecin, doit être assuré au titre des conséquences dommageables des actes des internes.

Quelles pourraient être les fonctions de prévention, de diagnostic et de soins exercées par l'interne?

La prise en charge des patients hospitalisés, l'aide chirurgicale, les comptes rendus d'hospitalisation, la tenue des dossiers, les contre-visites, la participation aux réunions de service, les prescriptions médicamenteuses et d'examen complémentaires... Au sein du CHU, les documents sont signés de l'interne, avec le terme « interne » apposé à la signature. Dans le privé, vos médecins libéraux peuvent avoir des réticences quant à la responsabilité de la délégation ce qui empêcherait les internes de prescrire et pourrait donc être source de frustration...

La solution est à rechercher dans l'organisation :

- pour permettre les prescriptions sur un plan technique (en donnant les droits de prescription dans le logiciel correspondant) ;
- pour assurer la supervision par le médecin (médecin référent du patient ou médecin de garde) et la traçabilité de cette supervision dans le dossier médical.

Cet encadrement peut paraître contraignant mais s'il est anticipé, il s'intégrera dans les pratiques quotidiennes.



La délégation ne permet jamais la signature des certificats de décès, des certificats d'hospitalisation sous contrainte et des certificats d'expertise au sens de l'article 89 du code de déontologie des médecins

R La retraite

Ce qu'il faut savoir : l'interne bénéficie également du régime de retraite géré par l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

Le CHRU assure le versement de ces cotisations, dont l'assiette est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de l'intérieur et de la santé.

S La sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir : Les internes sont affiliés au régime général de la sécurité sociale.

L'assiette des cotisations est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de l'intérieur et de la santé.

S Le statut

Ce qu'il faut savoir : Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public qui consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation.



Bien qu'agent public, l'interne est affilié au régime général de la sécurité sociale. Il est réputé salarié au vu de la législation de la sécurité sociale.

S Le syndicat

Ce qu'il faut savoir : Le droit syndical est reconnu aux internes. Il est protégé et réglementé. Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées aux représentants syndicaux pour participer à des réunions syndicales.



Le SILR "Syndicat des Internes du Languedoc Roussillon" regroupe tous les internes de la région (99 % sont adhérents). Il leur propose notamment :

- l'organisation d'un pré choix semestriel des stages antérieur à celui de l'ARS,
- un livret d'évaluation des stages,
- une assurance responsabilité civile professionnelle par la souscription d'un contrat-groupe pour tous les adhérents, valable pour toute la durée de l'internat,
- un contrat de prévoyance par la souscription d'un contrat-groupe, valable pour toute la durée de l'internat, qui garantit une couverture pour les risques maladie, accident du travail, invalidité, grossesse et décès.

T Temps de présence

Ce qu'il faut savoir : les obligations de présence sont notifiées à l'interne par le maître de stage.

1. L'interne doit, au titre de ses obligations de service, **9 demi-journées par semaine** d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil.



La durée de travail ne peut pas dépasser 48 heures par période de 7 jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de 4 mois.

2. L'interne consacre ensuite 2 demi-journées par semaine à sa formation universitaire. Ces demi-journées peuvent être regroupées et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre.



Le directeur de l'UFR informe le maître de stage des obligations donnant lieu à autorisation normale d'absence pour le temps de formation théorique.

3. L'interne a droit à un congé annuel rémunéré de 30 jours ouvrables, le samedi étant décompté comme jour ouvrable.



La durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut être supérieure à 24 jours ouvrables

Voir aussi C comme Congé et R comme Rémunération ■



Affectation à l'issue des épreuves classantes 2013 ¹

En 2013, 7 623 étudiants ont été affectés à un poste d'interne à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). La quasi-totalité (96,5%) des postes a été pourvue. Seulement 280 sont restés vacants.

28 % des étudiants (hors contrats d'engagement de service public) ont pu choisir entre les 30 spécialités offertes, plus de la moitié entre 20 spécialités, et tous entre les 4 spécialités pour lesquelles des postes sont restés vacants : médecine générale, médecine du travail, santé publique et psychiatrie.

Plus de la moitié des étudiants ont changé, de subdivision de formation à l'entrée en troisième cycle, les deux tiers d'entre eux par choix.

Depuis près de dix ans, le nombre de postes ouverts n'a cessé d'augmenter passant de 3988 en 2004 à 7903 postes en 2013. Le nombre d'étudiants affectés, correspondant aux postes pourvus, a augmenté plus rapidement passant de 92% à 94% (7 623 candidats) pour la même période.

Les postes de médecine générale représentent près de la moitié (48%) des postes pourvus. Les femmes constituent 59% des internes mais inégalement réparties entre les spécialités. Ainsi, plus de trois-quarts des

internes sont des femmes en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, endocrinologie et dermatologie. En médecine générale, elles représentent les deux-tiers des effectifs.

Cette répartition s'explique, non par les rangs de classement, mais par les choix différents suivant le sexe. Pour les étudiants ayant le choix entre toutes les spécialités, les femmes s'orientent à 13% vers la médecine générale alors que les hommes optent à 15% pour l'anesthésie-réanimation, à 12% pour la chirurgie générale, à 12% pour le radiodiagnostic et 10% pour la cardiologie.

Les spécialités les plus prisées sont, dans un ordre stable ces dernières années, pour la plupart celles qui s'exercent principalement en libéral (radiologie, dermatologie, cardiologie et gastro-entérologie) ainsi que deux exercées en salarié (néphrologie et médecine interne). Les choix des étudiants portent aussi sur deux spécialités chirurgicales (ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie). ■

¹ Marion Bachelet – Les affectations des étudiants en médecins à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 – Etudes et résultats n° 894 d'octobre 2014 – DREES.



Répartition des postes ouverts et pourvus, par spécialité 2013

Spécialités	Nombre de postes ouverts*	Postes pourvus (en %)	Changement de subdivision pour obtenir une spécialité (en %, hors CESP)	Mobilité choisie (en %, hors CESP)	Mobilité contrainte (en %, hors CESP)	Part des femmes (en %)
Anesthésie – réanimation	416 (+1)	100%	49,3%	26,7%	22,6%	38,1%
Biologie médicale	97	100%	60,8%	34,0%	26,8%	54,6%
Gynécologie médicale	41	100%	48,8%	17,1%	31,7%	97,6%
Gynécologie obstétrique	208 (+2)	100%	63,0%	34,6%	28,4%	81,9%
Médecine générale	3799 (+71)	95%	46,1%	37,0%	9,1%	62,9%
Médecine du travail	170	64%	45,9%	21,1%	24,8%	57,8%
Pédiatrie	298 (+2)	100%	55,7%	30,9%	24,8%	82,3%
Psychiatrie	514 (+1)	98%	51,0%	27,5%	23,5%	62,2%
Santé publique	90	84%	64,5%	28,9%	35,5%	51,3%
Spécialités chirurgicales	654 (+3)	100%	60,7%	30,6%	30,1%	41,1%
Chirurgie générale	413	100%	61,0%	32,9%	28,1%	36,3%
Neurochirurgie	18	100%	66,7%	16,7%	50,0%	33,3%
ORL et chirurgie cervico-faciale	86 (+1)	100%	60,5%	29,1%	31,4%	49,4%
Ophthalmologie	128 (+2)	100%	59,4%	28,1%	31,3%	50,8%
Chirurgie orale	9	100%	55,6%	0,0%	55,6%	55,6%
Spécialités médicales	1533 (+3)	100%	59,2%	22,0%	37,2%	54,8%
Anatomie et cytologie pathologique	68	100%	60,3%	22,1%	38,2%	48,5%
Cardiologie et maladies vasculaires	180 (+2)	100%	56,7%	27,2%	29,4%	41,2%
Dermatologie et vénéréologie	93	100%	58,1%	22,6%	35,5%	86,0%
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	71	100%	54,9%	16,9%	38,0%	87,3%
Gastro-entérologie et hépatologie	113	100%	63,7%	25,7%	38,1%	69,0%
Génétique médicale	20	100%	60,0%	10,0%	50,0%	50,0%
Hématologie	48	100%	60,4%	12,5%	47,9%	54,2%
Médecine interne	114	100%	67,5%	23,7%	43,9%	50,0%
Médecine nucléaire	34	100%	58,8%	8,8%	50,0%	29,4%
Médecine physique et de réadaptation	89	100%	62,9%	30,3%	32,6%	59,6%
Neurologie	104	100%	64,4%	12,5%	51,9%	54,8%
Néphrologie	76 (+1)	100%	57,9%	25,0%	32,9%	55,8%
Oncologie	125	100%	55,2%	20,0%	35,2%	57,6%
Pneumologie	102	100%	58,8%	21,6%	37,3%	48,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	212	100%	53,8%	23,1%	30,7%	40,6%
Rhumatologie	84	100%	61,9%	22,6%	39,3%	59,5%
Ensemble des disciplines hors médecine générale	4021 (+12)	98%	57,0%	26,3%	30,6%	55,7%
Ensemble des disciplines	7820 (+83)	96%	51,8%	31,4%	20,3%	59,1%

Rang du premier et du dernier étudiant affecté par spécialité et indicateur d'attractivité, hors CESP

Spécialités	2013		
	Rang du premier affecté (hors CESP)	Rang du dernier affecté (hors CESP)	Indicateur d'attractivité (hors CESP)
Ophtalmologie	13	2 148	0,11
Néphrologie	3	3 530	0,14
Radiodiagnostic et imagerie médicale	10	2 998	0,14
Dermatologie et vénéréologie	26	2 893	0,14
Cardiologie et maladies vasculaires	2	3 040	0,15
Médecine interne	4	4 157	0,17
Gastro-entérologie et hépatologie	24	3 273	0,17
ORL et chirurgie cervico-faciale	18	3 553	0,19
Neurologie	23	3 905	0,20
Oncologie	50	3 888	0,22
Rhumatologie	28	3 894	0,23
Anesthésie – réanimation	11	3 730	0,24
Neurochirurgie	95	4 304	0,25
Pneumologie	43	4 175	0,27
Gynécologie obstétrique	15	4 316	0,28
Médecine nucléaire	409	3 458	0,28
Chirurgie générale	1	4 307	0,29
Hématologie	6	4 580	0,30
Pédiatrie	17	4 647	0,31
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	32	4 559	0,32
Gynécologie médicale	590	4 277	0,32
Anatomie et cytologie pathologique	131	4 436	0,37
Chirurgie orale	1 865	3 822	0,38
Médecine physique et de réadaptation	51	5 798	0,45
Génétique médicale	630	5 779	0,50
Psychiatrie	9	8 000	0,68
Biologie médicale	1 881	7 490	0,71
Santé publique	1 873	7 897	0,76
Médecine générale	49	7 996	0,83
Médecine du travail	286	7 920	0,84

Lecture • La cardiologie est la quatrième spécialité à pouvoir tous ses postes et a attiré le deuxième du classement. Selon l'indicateur d'attractivité, elle est classée cinquième.

Champ • Étudiants en médecine, hors étudiants du service de santé des armées et hors CESP.

Sources • Fichiers de gestion automatisée des épreuves classantes nationales (ECN), traitement DREES-CNG.

Candidats, postes ouverts, affectations par subdivision

	2013							
	Candidats aux ECN issus de la subdivision en 2013	Nombre total de postes ouverts*	Candidats affectés (y.c. CESP)	Taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale	Etudiants originaires de la subdivision (en %)	Etudiants venant d'une autre subdivision		Indicateur d'attractivité (hors CESP)
						Mobilité choisie (en %)	Mobilité contrainte (en %)	
Aix-Marseille	411	403	402	100%	57%	28%	15%	0,49
Amiens	216	226	184	66%	48%	16%	34%	0,63
Angers	163	215	208	100%	25%	51%	24%	0,61
Antilles-Guyane	-	129	124	93%	-	58%	42%	0,62
Besançon	195	166	161	97%	50%	19%	32%	0,57
Bordeaux	512	382	382	100%	41%	52%	7%	0,44
Brest	167	183	170	100%	51%	24%	25%	0,61
Caen	212	232	217	92%	38%	22%	40%	0,60
Clermont-Ferrand	201	199	189	96%	46%	24%	30%	0,57
Dijon	188	213	194	88%	30%	23%	46%	0,60
Grenoble	187	208	208	100%	36%	44%	21%	0,41
Paris-Ile-de-France	1 913	1 385	1 317	90%	74%	19%	7%	0,42
Lille	537	503	501	99%	62%	23%	15%	0,51
Limoges	144	128	128	100%	40%	20%	40%	0,62
Lyon	460	379	378	99%	41%	52%	7%	0,36
Montpellier	271	312	312	100%	26%	66%	7%	0,35
Nancy	315	297	263	84%	59%	13%	28%	0,63
Nantes	205	222	221	99%	24%	63%	12%	0,43
Nice	157	164	164	100%	52%	32%	16%	0,50
Océan-Indien	-	96	96	100%	-	71%	29%	0,56
Poitiers	201	240	233	100%	28%	33%	37%	0,64
Reims	181	217	185	77%	45%	14%	41%	0,63
Rennes	219	222	216	99%	36%	50%	13%	0,39
Rouen	247	245	237	98%	51%	14%	34%	0,56
Saint-Etienne	133	162	160	100%	33%	25%	42%	0,60
Strasbourg	281	265	265	100%	52%	34%	13%	0,48
Toulouse	298	314	313	99%	50%	42%	8%	0,43
Tours	225	196	195	99%	45%	27%	27%	0,54
Autres pays de l'UE	202	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	8 441	7 903	7 623	95%	48%	32%	19%	-

* Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine.

Champ • Etudiants en médecine hors étudiants du service de santé des armées.

Sources • Fichiers de gestion automatisée des Epreuves Classantes Nationales (ECN), traitement DREES-CNG.



Les stages en libéral : Une véritable opportunité



A l'heure où les promotions d'internes en radiologie augmentent rapidement pour pallier les nombreux départs en retraite à venir, il est important de trouver des solutions pour maintenir la qualité de formation des internes. Dans cette optique, l'une des pistes suggérées est l'instauration de stages dans des cliniques privées, ce qui est possible depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 complétée des arrêtés du 4 février 2011 et du 24 mai 2011. Ainsi des cliniques ont déjà commencé à recevoir des internes de chirurgie, d'anesthésie, de psychiatrie et de certaines spécialités médicales comme la médecine nucléaire. Quid de la radiologie ?

Le problème de l'accès à certains stages pour des internes toujours plus nombreux amène au premier plan la question des stages en libéral. En effet, à l'ère de la sur-spécialisation et des restrictions budgétaires à l'hôpital public, il devient difficile dans certaines villes de garantir à tous une formation à l'ensemble des sur-spécialités. Les stages dans les établissements privés sont l'une des possibilités pour permettre la formation des internes dans ces domaines. Ils permettraient également la formation à certaines sur-spécialités moins pratiquées dans leur CHU (imagerie fœtale, sénologie, ...). Cela se fait d'ailleurs déjà ponctuellement : depuis longtemps dans certains centres, des internes vont avec l'accord de leur chef ou sur leurs repos de garde se former à certaines techniques dans des cabinets ou des cliniques privées par demi-journées. Pourquoi pas pour un semestre ?

Les stages en clinique permettraient également aux internes une découverte du secteur privé qu'ils connaissent très mal alors qu'il concernera une majorité d'entre eux dans leur activité future : près de 70% des radiologues sont des médecins de statut libéral et mixte (CNG 2010).

A l'heure actuelle, lorsqu'on interroge les internes et les médecins ayant pu réaliser l'expérience de tels stages en libéral (chirurgie, psychiatrie...), le bilan est globalement très positif, avec des internes ravis de l'activité qu'ils ont pu découvrir et des praticiens enchantés de pouvoir transmettre leur savoir.

Néanmoins, plusieurs interrogations persistent comme la place de l'interne dans ces structures et la compatibilité entre l'enseignement et le rythme souvent très soutenu de l'exercice libéral. Car quoi qu'on en pense, former prend plus de temps que cela n'en rapporte, surtout pour les jeunes semestres. La rémunération des internes est un sujet majeur. Le salaire d'un interne dans ses trois premières années d'internat est payé à 50% par l'ARS et à 50% par sa structure d'accueil, puis la part de l'ARS diminue à partir de la quatrième année à 20%. Ainsi, en cas de stage dans le secteur libéral, il reviendrait théoriquement à la structure d'accueil d'assurer une partie non négligeable du salaire. Dans le cadre réglementaire actuel, le choix de former un interne représente donc un choix économique pour la structure libérale d'accueil. En médecine générale, où un stage chez le praticien de ville est obligatoire, le salaire de l'interne est entièrement pris en charge par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cependant, la médecine générale est une spécialité quasi-exclusivement libérale et sans ce système les internes ne pourraient pas découvrir leur spécialité ce qui n'est pas notre cas.

Certains pensent que les stages en cliniques privées devraient plutôt s'adresser à des internes avancés dans leur cursus et nécessiter ainsi moins de temps de formation tout en étant plus utile pour la structure d'accueil. Mais ce système désavantagerait alors les services publics qui prendraient du temps pour former les jeunes sans retour quand ceux-là deviennent plus autonomes. Un des freins, souvent exprimé, à l'ouverture de stages en libéral est la crainte de voir l'interne se retrouver à effectuer le rôle de petite main pour des tâches simples afin de soulager l'activité de la structure. Il s'agit d'une situation que l'on observe malheureusement déjà dans certaines structures hospitalières et contre laquelle les internes essayent de lutter. Pour minimiser les risques d'en arriver là, les terrains de stage en clinique ouverts depuis 2011 dans les autres spécialités ont été triés sur le volet par l'ARS (80 postes ouverts pour 430 demandes). Les conditions définies pour obtenir un agrément de stage définies dans l'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales sont très strictes...parfois même un peu trop quand on voit que l'article 3 stipule que la publication d'articles scientifiques est un critère nécessaires pour obtenir l'agrément, alors que beaucoup de services publics recevant des internes ne publient aucun article. De plus, les stages en privé seront soumis à évaluation par les internes comme tous les stages publics ; et si un centre ne remplit pas les conditions requises, nous pouvons faire confiance aux internes pour ne plus le choisir lors du semestre suivant !

“ Des internes ravis de l'activité qu'ils ont pu découvrir et des praticiens enchantés de pouvoir transmettre leur savoir. ”

Les stages en clinique représentent donc une belle perspective pour pouvoir assurer la formation des internes dans certaines spécialités d'organes. Toutefois des interrogations persistent et le sujet reste épineux avec certains hospitaliers qui s'y opposent formellement. Nous pensons que la mise en place de tels stages peut être une véritable opportunité mais cela doit être fait dans des conditions bien définies et dans un réel projet de formation complémentaire de la formation hospitalière, et non au détriment de celle-ci. ■

Sidney KRYSTAL et Sylvain VILTART
Internes



Le côté obscur de la Force ?

C'est le terme subtil employé par certains de mes amis internes pour qualifier mon stage actuel. Voici mon expérience.

A Montpellier, depuis trois ans, nous disposons d'un stage supplémentaire dans un service d'imagerie médicale libéral en clinique. Une seule place est disponible. Ce choix n'est accessible qu'aux internes de troisième année dont je fais partie. Etant de nature peu aventureuse, je me suis longuement renseignée auprès de mes prédécesseurs avant de franchir le pas. Grand bien m'en a pris.

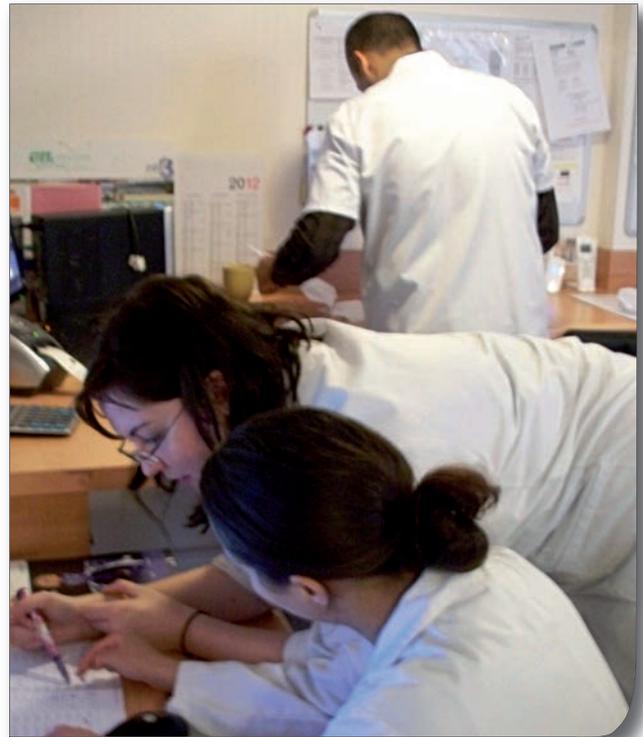
En effet, après trois mois passés dans ce fameux stage, mon premier bilan n'est que positif. De multiples « a priori » se sont ainsi effondrés.

A commencer par celui qui me tenait le plus à cœur : l'implication professionnelle. J'ai eu l'agréable surprise de me retrouver au contact de médecins (certains oublient trop souvent ce terme à l'égard des radiologues) réellement investis dans leur métier et pour les patients. J'ai complètement retrouvé ce que j'avais commencé à apprécier dans mes stages hospitaliers : la disponibilité permanente, le suivi évolutif des patients, la participation active aux réunions multidisciplinaires, et j'en passe.

Aussi, à ceux qui gardent l'envie d'être proche des malades, je leur réponds que « Yes, they can ». Malgré le rythme intense imposé par l'importante demande d'examen radiologiques, la quasi-totalité des patients sont vus après leur examen afin de leur commenter leur résultat, mais aussi pour les rassurer et les informer sur la suite de leur prise en charge.

Un autre aspect que j'avais peur de perdre en quittant l'hôpital était le rapport avec les cliniciens, car il me semble toujours constructif, essentiel à la bonne prise en charge du patient et à la pertinence de nos interprétations. J'ai été également plus que rassurée sur ce point. Que ce soit par téléphone, courrier ou même souvent de vive voix, l'échange est fréquent. Les radiologues sont également toujours disponibles pour répondre aux questions des médecins correspondants sur l'examen le plus adéquat pour explorer un patient. Très souvent, il s'agit de médecins généralistes, avec qui le dialogue est rare en secteur hospitalier.

De plus, je n'ai pas perdu mes repères, je suis arrivée au sein d'une vraie équipe qui m'a intégré dès le premier jour tout



naturellement. Le mot équipe est choisi avec soin car en effet, il ne s'agit pas d'individus isolés travaillant dans les mêmes locaux, mais bien d'un groupe dans lequel tout le monde interagit, chacun avec sa personnalité et ses spécificités, en étant disponible pour ses associés dans l'intérêt du patient. Cette notion s'étend à l'équipe paramédicale avec laquelle le contact est permanent, surtout lorsque l'on est interne.

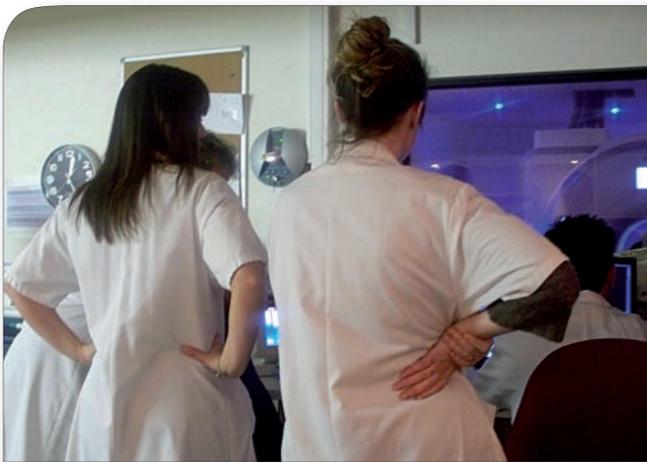
Pour les adeptes de « beaux dossiers » comme on les appelle vulgairement, on est aussi servi par un recrutement riche et varié, touchant toutes les spécialités. Ce qui laisse par la même occasion l'opportunité aux plus studieux d'entre nous de rédiger des publications. Pour les plus manuels, je les rassure : la porte est aussi grande ouverte à l'interventionnel de tout type et de tout niveau, et ce avec un encadrement digne de ce nom. Ainsi, si l'interne est intéressé, il a accès à des vacations complètes d'interventionnel, dans lesquelles il peut, s'il le souhaite, prendre part activement.

En ce qui me concerne, dans le domaine de l'ostéo-articulaire par exemple, j'ai appris à faire les arthrographies puis les infiltrations sous contrôle scannographique, notamment péri-rachidiennes. J'assiste aussi, entre autres, aux gestes de cimentoplastie et aux biopsies osseuses auxquels je prends de plus en plus part.

Cela m'amène à un autre point, celui de l'emploi du temps de l'interne. Un des avantages de ce stage est de pouvoir orienter son planning en fonction de ses objectifs : faire un peu de tout ou approfondir une sur-spécialité en particulier. De plus, les vacations les plus plébiscitées sont

très accessibles, je pense notamment à l'IRM, souvent plus difficile d'accès en stage hospitalier en raison du nombre important d'internes.

On m'a également demandé, encore cette semaine, si je n'étais pas trop, je cite, « exploitée ». Ma réponse est catégorique. Certes, il y a une importante charge de travail, mais toujours dans l'intérêt de ma formation et avec un retour concret. Au tout début du stage, j'avais surtout un rôle d'observateur. En effet, il faut un temps d'adaptation pour appréhender le mode de fonctionnement d'une structure différente de celles que j'ai connues jusque là. Rapidement, on m'a laissé m'impliquer et prendre certaines initiatives, interpréter des examens, réaliser des échographies, toujours accompagnée d'un sénior. De plus, même si je suis sous la responsabilité de mon maître de stage, tous les médecins sont très disponibles avec moi, ils répondent toujours présents à la moindre demande d'aide ou aux multiples questions existentielles que j'exprime. Plus que cela, j'ai le sentiment qu'ils apprécient partager leurs connaissances et leur expérience avec les internes. De notre côté, peut être leur apportons nous un certain dynamisme, du moins je l'espère.



“ Il y a une importante charge de travail, mais toujours dans l'intérêt de ma formation et avec un retour concret. ”

entre autres, des contraintes de gestion d'un cabinet (gestion du personnel, choix du matériel, cotation des examens par exemple). C'est en effet une notion que l'on ne connaît pas et qui me semble pourtant essentielle, surtout dans la conjoncture actuelle.

Au delà de cet aspect matériel, le côté relationnel est aussi important. Le fait d'être l'unique interne d'un service nous offre une place de choix au sein du groupe. On bénéficie ainsi d'un compagnonnage personnalisé, toujours dans la bienveillance et la convivialité, qui mène souvent à de

franches tranches de rire qui égalent celles qui emplissent les bureaux d'internes de services hospitaliers !

A l'heure où le nombre d'internes en médecine augmente (heureusement), et où le nombre de terrains de stages hospitaliers ne peut s'étendre à l'infini, cette alternative me paraît plus que licite. Rappelons également que beaucoup d'étudiants oublient au lendemain des résultats de l'ECN, lors du choix de leur spécialité, qu'ils seront plus de 50% à exercer à terme en libéral. Il est important pour moi d'avoir la possibilité d'appréhender ce que sera leur pratique future. A Montpellier par exemple, seulement sept spécialités, incluant la médecine générale, se voient offrir cette possibilité. Cela est devenu possible grâce à

des médecins concrètement impliqués pour la formation des internes, qui montent ces difficiles projets et acceptent de prendre le rôle délicat de tuteur de stage.

Pour ce qui est de la radiologie en particulier, il me semble que cette opportunité présente le maximum de son intérêt si elle s'adresse à des internes déjà quelque peu « dégrossis » en

imagerie. Le stage serait, à mon avis, moins optimisé pour des premières années.

Par définition, les CHU ont vocation entre autres missions, à former les internes, ce qu'ils assurent pleinement pendant la quasi-totalité des dix semestres impartis. Cette formation constitue le socle indispensable à l'acquisition des connaissances requises pour obtenir une qualification de qualité. Ceci dit, un stage en secteur libéral offre un autre point de vue sur la spécialité et des méthodes d'apprentissage parfois différentes qui viennent s'ajouter à cette maquette. Ainsi, au risque de décevoir certains aficionados de Georges Lucas, je dirais que loin d'être opposés, les deux terrains de stage sont tout à fait complémentaires. A Montpellier, les responsables pédagogiques des deux structures entretiennent de bonnes relations, ce qui me paraît essentiel à la pérennité de ce poste un peu particulier mais à mon sens incontournable. ■

Caroline MANDOUL
Interne





5 idées reçues sur le stage de radio en libéral

1. Je vais faire la mine et mesurer des prostates pendant 6 mois.

FAUX. L'interne en libéral n'est PAS un remplaçant. L'objectif de son stage est la formation. Un projet pédagogique personnalisé doit être défini directement avec le ou les responsables du stage, au mieux avant le choix afin d'être sûr qu'on va trouver son bonheur parmi les opportunités de formation offertes par le stage. Dans mon cas, qui suis en dernier semestre dans le service de radiologie de la clinique du Parc à Montpellier : un open bar sur l'IRM (vacations par spécialités d'organes avec des « jeunes » anciens CCA et PH au top dans leur domaine), sénologie avec plateau technique complet, et un gros recrutement en radiologie interventionnelle ostéo-articulaire.

2. Super, je vais remplir mon livret A !

FAUX. Encore une fois, l'interne n'est PAS un remplaçant. Il serait dommage de décrédibiliser cette formidable opportunité de formation auprès des responsables universitaires qui ont joué le jeu.

3. En libéral ça va trop vite, ils n'auront jamais le temps de faire de l'enseignement.

FAUX. Le temps gagné par le radiologue grâce à mon travail (dicter les examens, voir les patients, « torcher » les dossiers faciles) lui permet en retour de prendre le temps de répondre à mes questions, discuter des dossiers difficiles, réfléchir, chercher ensemble dans les bouquins, progresser, ce que lui même n'aurait peut être pas eu le temps de faire en étant seul. C'est gagnant-gagnant !

Par contre, il est vrai que ce mode de fonctionnement est plus adapté aux vieux internes, ils n'auraient en effet peut être pas tout le temps nécessaire pour apprendre à un premier semestre à tenir une sonde d'écho...

4. En libéral, on ne voit que des colopathies fonctionnelles et des gonarthroses...

FAUX. La proportion de dossiers pathologiques est surprenante ! Il ne faut pas oublier que le système de santé libéral est en première ligne, et que le diagnostic initial des pathologies même les plus complexes traitées au CHU est très souvent fait en ville.

De plus, le recrutement des radiologues de la clinique est spécialisé, les patients leurs sont adressés nominativement par des correspondants (libéraux et hospitaliers) avec qui ils ont l'habitude de collaborer, permettant un vrai retour.

Le gros volume des vacations permet également une belle courbe d'apprentissage, notamment en IRM, ou en pathologie bénigne ostéo-articulaire qui correspond plus à un recrutement de ville.

5. Bof, de toute façon, je ne vais rien apprendre de plus qu'au CHU !

FAUX. Un grand nombre d'internes de radio travailleront un jour en dehors de l'hôpital. De ce fait, même si personne de nie que notre formation doit rester majoritairement universitaire, faire un stage sur dix en libéral ne paraît pas aberrant, en permettant d'aborder des notions qui serviront à beaucoup et qui ne sont jamais enseignées, comme la gestion des ressources humaines, des machines, les cotations et remboursements des actes, l'installation, l'association, l'organisation d'un cabinet, le fonctionnement d'un groupe de radiologues, la prise de décisions, la négociation du matériel... Certains modes de fonctionnement, naturels en libéral pour des raisons considérées par certains comme bassement « commerciales », et souvent moins appliqués à l'hôpital, y seraient pourtant profitables, et tous les internes, même à vocation purement hospitalière ou universitaire, gagneraient à s'en inspirer. Ainsi le respect des correspondants et de leurs attentes, le souci du service rendu, l'attention portée à l'accueil et au respect de l'horaire, un compte rendu oral et écrit immédiat systématique, sont des notions qu'on peut avoir tendance à oublier dans la frénésie de la pratique hospitalière.

Bref. J'ai fait un stage de radio en libéral. ■

Sébastien LENEL

Interne





Maitre de stage de l'interne en radiologie en libéral : Ça se passe comment ?

L'aventure a commencé à la Clinique du parc (Castelnau Le Lez) en 2011 ; après l'obtention d'un poste en imagerie médicale, négocié auprès des instances universitaires et de l'Agence Régionale de Santé, nous avons commencé à accueillir notre premier interne. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) promulguée en 2009 et permettant la formation des internes en établissement libéral, a été en effet complétée en 2011 par deux arrêtés qui déterminent les modalités de l'encadrement et la teneur des conventions.



La genèse de ce projet m'est apparue quand j'ai commencé mon activité libérale en 2010 après quelques années hospitalo-universitaires au CHU de Montpellier. Les malades restaient les mêmes mais l'environnement avait bien changé... Flux des malades, relation aux correspondants, contact avec les manipulateurs en radiologie, contingences médico-économiques J'aurais réellement souhaité pouvoir bénéficier de l'expérience du libéral pendant mon internat afin de m'enrichir des différentes facettes de la pratique de ma spécialité et choisir alors en pleine conscience de m'engager à long terme dans une carrière libérale ou hospitalière ...

Alors me voilà partie dans la quête d'une accréditation de mon site pour l'obtention d'un interne, soutenue par mes associés et la direction de la clinique. Parce que oui la première étape est de convaincre ceux qui vous entourent que l'interne, « ça ne fait pas perdre du temps » « que oui, on le finance, mais que c'est vraiment une balance coût-bénéfice très positive » « oui c'est intéressant pour la structure » ; le financement n'est en effet que partiel par

l'ARS ; plus l'interne est formé, plus il vous coûtera cher ! Mais vraiment ça vaut la peine ... attendez voir !

Avant tout, il est préférable d'avoir un bagage minimal de chef de clinique, qui vous donne les bases de l'encadrement d'un plus jeune et de sa formation. Vous pouvez toujours vous munir aussi des objectifs de

formation du CERF (<http://www.cerf-edu.com/>), qui vous aidera à cibler les points clés. Ensuite, n'oubliez pas de notifier à votre assurance professionnelle que vous encadrez un interne car elle le protégera et vous aussi en cas de problème médico-légal avec un malade. Cependant, il est impératif que l'interne ne réalise aucun acte de façon isolée, qu'il soit diagnostique ou interventionnel ; il ne s'agit pas d'un remplacement mais bien d'une formation en établissement libéral. L'activité de remplacement est interdite sur le lieu du stage et sur toutes les structures qui y sont rattachées, pendant les six mois de formation. L'interprétation des actes doit être réalisée en présence d'un médecin titulaire du service et sous sa responsabilité.

“ Bénéficiaire de l'expérience du libéral pendant mon internat et choisir alors en pleine conscience de m'engager dans une carrière libérale ou hospitalière ... ”

En pratique, le stage doit être formalisé en amont avec l'interne afin de faciliter son adaptation à la structure ! La charte réalisée par le Conseil professionnel de la radiologie (G4) à cet effet pourra vous y aider.



- ❑ Horaires : ils doivent se calquer sur les vôtres afin que le jeune médecin évalue vraiment la spécificité du rythme de la pratique libérale. Son planning doit être affiché et connu par les équipes soignantes. Cette organisation facilitera l'intégration au système en place ; un téléphone personnalisé permettra au mieux de pouvoir joindre l'interne comme les autres médecins. Tous les moyens nécessaires à la formation doivent être mis à disposition (internet, revues).
- ❑ Demi-journée universitaire : l'interne bénéficie de deux demi-journées universitaires comme au CHU (sur les 11 vacances légales hebdomadaires).
- ❑ Congés : les dates de congés vous sont d'abord soumises pour rester en cohérence avec l'organisation du service ; si vous les acceptez, la déclaration officielle à l'hôpital de rattachement passera par la direction de votre établissement.
- ❑ Astreintes/gardes : Elles sont réalisées au CHU, mais jamais sur votre structure libérale. L'activité de garde est en effet obligatoire statutairement. Le repos de garde doit être respecté.
- ❑ Objectifs de stage : Il est préférable de cibler avec le PUPH responsable de la filière de formation le projet pédagogique sur votre site (imagerie de la femme, radiologie interventionnelle, autre...) après étude et visite du site par l'équipe d'accréditation. Mais comme dans tout stage, le rôle du tuteur sera d'abord de connaître le parcours précis du candidat et d'évaluer son niveau de connaissances. Cela permettra de fixer ensemble les objectifs du stage à son arrivée, de savoir ce qu'il en attend et de vérifier les acquis par la suite. Il est intéressant d'aborder également avec l'interne les points particuliers liés à l'exercice libéral (gestion Relations Humaines, relation aux institutions, obligations réglementaires, organisation globale de la santé au niveau local puis national, etc.).
- ❑ Formations : l'interne doit être libéré afin de participer aux enseignements théoriques dispensés par la faculté.
- ❑ Staffs : la participation de l'interne aux réunions de concertation multi-disciplinaire est indispensable afin qu'il découvre leur fonctionnement en libéral.
- ❑ Réunions internes au service : une présentation formalisée mensuelle sera proposée où l'interne testera ses qualités d'orateur et pourra réaborder soit des cas cliniques d'intérêt soit un thème spécifique.
- ❑ Fin de stage : un rapport de stage devra être réalisé par l'interne afin de rappeler les objectifs et savoir s'ils ont été atteints. L'évaluation de l'interne devra faire



l'objet d'une rencontre en fin de stage avec le tuteur ; elle sera ensuite transmise au coordonnateur du DES.

Depuis la mise en place de ce stage d'interne, notre expérience est extrêmement positive ; elle a créé une dynamique forte autour du plus jeune, qui nous pousse à une remise en question permanente (sur le fonctionnement de la structure et sur chaque diagnostic !). J'ai été impressionnée par la qualité de chacun d'entre eux, leur sens des responsabilités et leur ténacité dans le travail. Le rôle de maître de stage est dilué entre les médecins de l'équipe car il est préférable que l'interne bénéficie de l'expérience de chacun ; cette répartition facilite notre emploi du temps, qui s'alourdit peu si l'interne passe d'un médecin à l'autre sur chaque vacation. L'impact financier n'est certes pas négligeable et il est difficile de quantifier le retour sur « l'investissement » humain et financier. A ce jour, nous ne regrettons rien et tant que Marisol Touraine ne nous retire pas notre mission de service public, nous persévérons ! Cela serait encore un bien mauvais calcul des pouvoirs publics, au vu du financement prédominant de l'interne par des radiologues et établissements de santé privé pendant la durée du stage. Cela serait encore un mauvais signal pour le développement de partenariats privé-public. Le nombre d'internes en formation augmente ; nous pouvons aider à les recevoir et leur faire découvrir une autre façon d'exercer. A nos internes aussi de faire passer la bonne parole et de se battre pour que ce petit aperçu de la pratique libérale soit protégé. Nos jeunes sont les médecins de demain : ils ont du pouvoir et doivent se faire entendre. A nous de rester vertueux dans notre accueil pour faire le ciment de ce stage en libéral. ■

Dr Sophie AUFORT

Radiologue à la Clinique du Parc, Castelnau Le Iez.

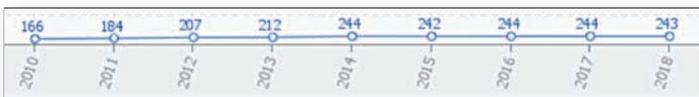




Les internes en radiologie et les stages en libéral en Bourgogne

J'ai effectué mon premier stage de radiologie à la polyclinique du Val de Saône à Macon (71) en 2011. Un **arrêté gouvernemental** de mai 2011 a en effet permis aux **établissements de santé privés à but lucratif** d'être **agréés** pour accueillir des internes. Prévue dans la loi loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, cette mesure vise à rapprocher les structures de soins publiques et privées. En Bourgogne, onze demandes d'agrément ont été acceptées en 2011 et à ce jour quatre agréments supplémentaires ont été donnés soit un total de quinze agréments dont un seul stage en radiologie.

L'augmentation du nombre d'internes va à terme dépasser les capacités de formation des Centres Hospitalo-Universitaires. Une augmentation de près de 50% du nombre de postes en radiologie est ainsi à prévoir entre 2010 et 2018 comme l'indique ce tableau précisant le nombre de postes d'internes de radiologie proposés à l'Examen Classant National (ECN) par année.



<http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>

Le financement de ces stages est basé sur une dotation appelée MERRI : Missions d'Enseignement de Recherche de Recours et d'Innovation obtenue après publication de l'arrêté d'affectation de l'interne (ARS) pour couvrir les émoluments statutaires fixes. Les MERRI couvrent en partie la dépense liée à la rémunération de l'interne, le reste étant à la charge de la structure d'accueil et/ou des radiologues. Il s'agit d'un financement forfaitaire et dégressif, en deux paliers en fonction de l'ancienneté de l'interne, pour prendre en compte sa contribution à la production de soins :

- ❑ 16 000 € (par interne et par an, en brut) de la 1^{ère} à la 3^{ème} année incluse, pour des salaires respectifs de 16 506,09 ; 18 273,81 et 25 348,46 €.
- ❑ 8 000 € pour les 4^{ème} et 5^{ème} années pour une rémunération de 25 348,46 € bruts annuels (d'après l'arrêté du 12 juillet 2010, hors indemnité de sujétions particulières, indemnités compensatrices d'avantages en nature et prime de responsabilité),

L'interne est payé par le CHU de Dijon qui gère les cotisations sociales et de retraite, les congés et arrêts de travail. La clinique perçoit les MERRI et rembourse le CHU afin de réduire ses charges.

Une convention a été rédigée afin de permettre de laisser la possibilité à l'interne de reprendre des gardes au Centre Hospitalier de Macon puisque la clinique est à proximité de l'hôpital et s'intègre dans le pôle de soins mâconnais. Le

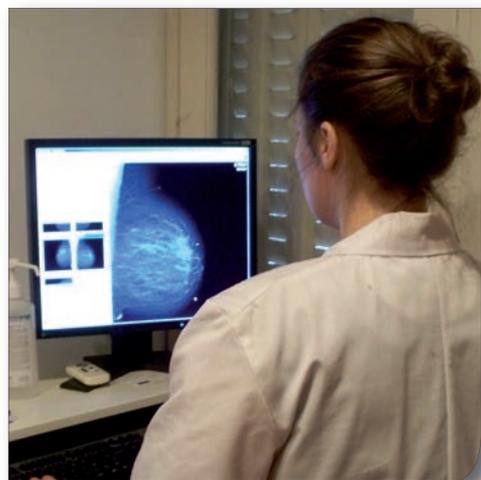
paiement des indemnités de gardes et astreintes est à la charge de l'établissement d'accueil (l'hôpital de Macon), lequel peut, à ce titre, recevoir une dotation.

Une **charte** d'agrément d'accueil en stage des internes a été rédigée par le Conseil National Professionnel de la Radiologie (G4), associant le CERF, la SFR, le SRH et la FNMR, en accord avec les représentants de l'UNIR pour encadrer ces pratiques afin que l'interne ne soit pas un « remplaçant » qui effectue des vacances seul pour absorber une activité trop importante. Il est primordial que l'interne puisse bénéficier d'un projet pédagogique personnalisé afin de trouver son bonheur parmi les opportunités de formation.

(http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/hm/Article/2010/hm-20100104-193723-531/src/hm_fullText/fr/Charte%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20des%20stages%20internes%20radio%20def.pdf)

En pratique, le **temps gagné** par le radiologue grâce au travail de l'interne (délégation de certaines tâches) permet en retour aux radiologues de prendre le temps de répondre aux questions et surtout d'**échanger** sur des dossiers difficiles. L'interne participe également aux réunions pluridisciplinaires existantes.

Les internes sont globalement très satisfaits de ce stage et ce sont en conséquence souvent les plus **vieux internes** qui choisissent depuis ce stage pour pratiquer l'imagerie ostéoarticulaire et la sénologie notamment.



Pour les médecins radiologues de la structure, le stage est également vu positivement: en effet, il permet de mutualiser les expériences de chacun, de **faire connaître la structure** notamment dans le but de rechercher de **nouveaux associés**. Restent quelques zones d'ombre que sont le financement du reste à charge de l'établissement (c'est à dire salaire brut remboursable au CHU moins la

“L'occasion de travailler le contact avec le patient (annonce des résultats) et d'entrevoir les aspects pratiques comme la gestion du management en radiologie.”

dotation MERRI) qui leur est parfois répercuté, et le logement (l'établissement receveur ne fourni pas systématiquement ce dernier auquel cas il incombe à la structure radiologique où à l'interne de le financer). Ces deux points relèvent de la négociation directe entre l'établissement de santé et la structure radiologique accueillant l'interne.

En somme, c'était pour moi une expérience positive, qui m'a permis de débiter la radiologie dans de très bonnes conditions, de voir un **nombre important d'examens et de**

pathologies différentes en présence de médecins expérimentés. J'ai pu découvrir dès mon premier semestre une pratique variée : TDM, IRM, mammographie, échographie et radiographie standard afin d'arriver mieux préparée pour mon deuxième semestre de radiologie au CHU.

J'ai également eu l'occasion de travailler le **contact avec le patient** (annonce des résultats) et d'entrevoir les aspects pratiques comme la gestion du **management** en radiologie. Je retourne régulièrement à la polyclinique où j'ai effectué mes premiers **remplacements** pour m'aider à financer mon année recherche dans un climat rassurant puisque les radiologues et les correspondants sont toujours prêts à donner un avis si besoin. ■

Lucy DI MARCO
Interne de radiologie à Dijon



Témoignages d'internes :

Céline Gastaldi, interne en 4^{ème} année de DES de radiologie à Dijon

J'ai effectué un stage à la polyclinique de Macon à la polyclinique du Val de Saône lors de mon 3^{ème} semestre d'internat.

Je tiens tout d'abord à souligner la disponibilité des radiologues et l'excellent encadrement dont ils m'ont fait bénéficier. Ils m'ont laissé la possibilité d'apprendre et participer à toutes leurs activités : échographie, scanner, IRM, infiltration ostéoarticulaire, imagerie et biopsies mammaires.

Cette expérience m'a également permis de comparer l'activité entre l'hôpital public et la médecine libérale.

Je garde un excellent souvenir de ce stage.

Lionel Chabanol, ancien interne du CHU de Dijon, CCA au CHU de Lyon

Les stages en cliniques sont très enrichissants pour notre formation. Nous n'avons que peu de contacts avec le monde du libéral et son activité. C'est donc une bonne occasion de le connaître, c'est important pour notre choix de carrière à long terme.

De plus, j'ai eu pendant ce stage toute la liberté de choisir mes vacances. J'ai eu un large accès à l'IRM, à l'imagerie ostéo-articulaire et à la mammographie, ce qui me manquait dans ma formation antérieure.

En revanche, il faudra être vigilant à ce que le travail de l'interne ne serve pas à augmenter l'activité de la structure radiologique mais bien à privilégier son temps de formation. D'autant plus qu'en déléguant des tâches sur l'interne, les radiologues risquent de favoriser les baisses de cotations de demain.



Semestre de radiologie en libéral : point de vue de l'interne

La formation des internes du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Radio-diagnostic et Imagerie médicale est principalement assurée dans les Centres Hospitaliers Universitaires, les Centres Hospitaliers Généraux et les Centres de Lutte Contre le Cancer.

Depuis l'« arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales » (publié au Journal Officiel de la République Française n°0033 du 9 février 2011), les structures libérales peuvent aussi accueillir des internes pour la réalisation d'un semestre validant pour le DES.

Les objectifs d'un tel stage sont très différents de ceux d'un SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé), opportunité plus ancienne de semestre validant en libéral offerte aux internes de médecine générale.

Ainsi, le Conseil Professionnel de la Radiologie Française (G4, associant le Collège des Enseignants de Radiologie de France, la Société Française de Radiologie, le Syndicat des Radiologues Hospitaliers et la Fédération Nationale des Médecins Radiologues) et l'Union Nationale des Internes de Radiologie ont établi une « Charte d'agrément d'accueil en stage des internes du DES de Radiologie et Imagerie Médicale ».

Cette charte stipule que « l'offre de formation proposée par une nouvelle entité doit permettre de combler une "carence" dans le dispositif de formation pour des motifs :

- qualitatifs : par exemple absence de terrain de stage dans une des sur-spécialités ;
- quantitatifs : nombre d'internes à former trop élevé par rapport aux capacités d'accueil et d'encadrement ».

Pour les radiologues libéraux qui souhaiteraient proposer un stage en libéral à des internes, ce cadre peut sembler restrictif voire dépréciatif (« stages bouche-trous du public » ?!).

En réalité, ces motifs répondent déjà à deux grandes préoccupations de nombreux internes. Ainsi, l'accès à certaines sur-spécialités dans les hôpitaux publics de plusieurs régions est difficile (exemples de la sénologie et de l'ostéo-articulaire). De même, l'augmentation du nombre d'internes de radiologie en formation nécessite une augmentation du nombre de terrains de stage, ce qui devient critique dans certaines régions où les internes peinent à accéder à des stages agréés pour le DES de radiologie.

La diversification des structures d'accueil avec des possibilités de stages en libéral correspond donc à un souhait formulé par de nombreux internes pour assurer la réalisation de leurs maquettes.

De plus, pour les internes, ce stage en libéral peut être l'occasion d'établir des relations plus directes avec les patients que dans certains terrains de stages publics où les patients ne sont pas vus par les radiologues après leurs examens.

D'un point de vue organisationnel, les internes souhaitent bénéficier d'un radiologue référent identifié (« tuteur », « maître de stage » ...), idéalement impliqué dans des staffs médico-chirurgicaux et/ou dans des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.

D'ailleurs, la réalisation d'une activité mixte (libérale et hospitalière ou en Centre de Lutte Contre le Cancer) par ce radiologue référent pourrait constituer un argument supplémentaire auprès du coordonnateur du DES de radiologie pour l'obtention de l'agrément du terrain de stage libéral.

Il est aussi indispensable pour les internes de pouvoir assister aux cours de DES obligatoires. De même, il leur est important de pouvoir continuer de participer à la permanence des soins de leur CHU ou du CH local.

A noter que la charte exclut la réalisation de remplacements, gardes et astreintes dans le groupe de radiologues libéraux accueillant l'interne pendant la durée de son semestre en libéral.

Au-delà de ces considérations générales, les attentes des internes varient en fonction de leur avancement au sein de leur maquette. De fait, un jeune interne appréciera de pouvoir accéder à une activité « polyvalente » alors qu'un interne plus avancé souhaitera consacrer son semestre à une sur-spécialité.

L'acquisition de connaissances plus spécifiques à l'exercice libéral serait aussi utile aux internes avancés (gestion des équipes, de la comptabilité, relations avec l'administration de la santé et avec les institutionnels ...).

Ces « cibles différentes » que sont les internes juniors et les internes plus avancés seront identifiées à travers les trois niveaux de stages lors de la prochaine réforme de l'internat, issue des travaux de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI-2).

Ainsi, les stages de radiologie en libéral constituent une opportunité très intéressante pour les internes.

Ceux qui ont eu la chance d'en bénéficier en tirent des expériences très positives et une vision plus représentative de l'exercice de leur spécialité. En effet, l'exercice libéral concerne près de 70 % des radiologues (57 % de libéraux exclusifs et 13 % de mixtes selon les données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). ■

Jean-Christophe LECOMTE

Interne





Radiologues libéraux : engagez-vous dans la formation des internes !

Tout est en place pour pouvoir accueillir des internes en stage dans nos centres d'imagerie :

Le contexte démographique que l'on connaît a eu pour conséquence l'augmentation importante du nombre d'internes en imagerie médicale et ils ne trouvent pas toujours suffisamment de terrains de stage en CHU.

Le collège des enseignants en radiologie (CERF) soutient la démarche, les décrets nécessaires sont parus et une charte a été élaborée conjointement par le Conseil professionnel de la radiologie française (G4) et le Syndicat des internes (UNIR) permettant le déroulement des stages dans les meilleures conditions.

Le retour des premiers stages effectués en libéral est très encourageant, faits d'expériences mutuellement enrichissantes :

Pour les internes, ces stages sont l'occasion de découvrir la richesse souvent méconnue de notre exercice libéral, en terme de pathologies rencontrées et de nombre de dossiers pathologiques, dans le cadre aussi de vacations spécialisées par organes, ou de prise en charge de patients lourds ou provenant de services d'urgence. C'est souvent aussi l'occasion pour les internes de se former à des sous spécialités peu enseignées ou difficiles d'accès en CHU, et avoir accès par exemple à des plateaux techniques complet de Senologie,...

L'explication des résultats et le contact avec le patient est aussi une de nos spécificités importantes et permet à l'interne de s'imprégner de l'indispensable dimension humaine des soins.

Le stage est aussi l'occasion de découvrir d'autres facettes de notre métier qui ne sont que très peu abordées lors des stages en milieu universitaire. En effet, en plus de la formation universitaire indispensable, il ne paraît pas anormal d'effectuer un stage sur les dix en libéral pour s'initier à la gestion des ressources humaines, au management, au droit des sociétés, à la découverte de la démarche qualité via la labellisation avec ses exigences réglementaires, en terme de sécurité, d'hygiène, de radioprotection,.... C'est aussi l'occasion pour les internes de découvrir les arcanes de l'administration régionale désormais incontournable, et les dossiers de demande d'autorisation, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), de découvrir les relations entre les radiologues et les établissements de soin, de participer au choix des matériels,...

Pour les radiologues libéraux, la présence d'un interne est souvent vécue comme très stimulante, avec une nécessaire remise en cause permanente, et via l'élaboration du projet pédagogique, la mise en place de revue de dossiers, de



revue bibliographique, source d'enrichissement professionnel. La qualité de la formation de nos jeunes confrères, qui choisissent souvent le stage en libéral en fin de cursus, est aussi l'occasion à n'en pas douter d'un apprentissage mutuel, ...

Bien sûr, cela nécessite un certain engagement de la part du responsable de stage : élaboration du projet, qui devra être présenté au responsable régional de l'enseignement et au doyen pour validation, désignation d'un responsable de stage et présence d'un radiologue senior sur place en permanence, au côté de l'interne, disponible pour revoir les dossiers.

Mais il s'agit probablement d'une manière très efficace pour nos structures d'imagerie de se faire connaître, de montrer notre fonctionnement plus souple et de tordre le cou à certaines idées reçues en montrant la qualité de notre exercice et de rediriger de jeunes confrères vers l'exercice libéral pour qu'ils choisissent leur avenir en toute connaissance...

La FNMR prépare des fiches pratiques à la disposition de ses adhérents et accompagnera ceux qui souhaitent se lancer dans l'aventure ! ■

Dr Jean-Charles LECLERC





La responsabilité civile et professionnelle du médecin radiologue en cas de stage d'un interne dans son cabinet

L'arrêté en date du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, a étendu aux structures libérales les possibilités d'accueil des internes.

Une charte d'agrément d'accueil en stage des internes du DES de radiologie et imagerie, visant à préciser les conditions d'agrément des structures en vue de l'accueil de ces étudiants a d'ailleurs été proposée par le Conseil National Professionnel de la Radiologie (G4), associant le CERF, la SFR, le SRH et la FNMR¹ en accord avec les représentants de l'UNIR².

Il convient d'ores et déjà de rappeler que toute demande de participation à cet accueil ne se conçoit qu'en lien étroit avec la communauté hospitalo-universitaire radiologique de la subdivision, et en particulier du responsable régional de l'enseignement et qu'un agrément de la structure d'accueil doit au préalable être obtenu.

L'article 15 de l'arrêté du 4 février 2011 précise:

« Les praticiens exerçant en milieu ambulatoire sont agréés comme praticiens-maîtres de stage des universités selon les modalités fixées au titre Ier de l'arrêté.

Ils peuvent encadrer des internes notamment dans un cabinet libéral ou tout autre lieu de stage dans lequel des praticiens exercent des soins extrahospitalier...



Le praticien agréé-maître de stage des universités contracte une assurance responsabilité professionnelle, s'il exerce une activité libérale, en signalant à son assurance sa qualité de maître de stage. »

Le cabinet de radiologie, ayant ainsi reçu l'agrément, devra nécessairement disposer d'un nombre de médecins titulaires suffisant pour assurer l'activité et pour encadrer l'interne et désigner un tuteur, responsable pédagogique de l'interne.

L'exercice de la médecine par un interne dans un cabinet de radiologie suppose et impose en effet la présence effective d'un médecin titulaire, inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, sous la responsabilité duquel l'interne effectuera des actes.

En effet, l'application combinée des articles R.6153-2 et R.6153-3 du code de la santé publique, ainsi que L632-5 du code de l'éducation définit l'interne comme étant un « praticien en formation » ayant un statut « d'agent public » qui reçoit « une formation théorique et pratique à temps plein sous le contrôle des universités » et qui exerce « des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ».

Il résulte ainsi des textes précités que l'interne, qui n'obtient la qualité de Docteur en médecine qu'après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat, n'agit dans le cadre et pendant toute la durée de son internat, que **par délégation et sous la responsabilité d'un médecin titulaire, inscrit auprès du tableau de l'Ordre des médecins.**

Si ces conditions ne sont pas réunies et que l'interne constate que la présence d'un médecin titulaire n'est pas assurée, contrairement à ce qui lui avait été annoncé à l'occasion de son recrutement, il lui appartient de mettre immédiatement un terme à son stage.

Par ailleurs et en application des dispositions des articles R 6153-6 et R 6153-2 du code de la santé publique, l'interne ne

¹ Collège des Enseignants de Radiologie de France, Société Française de Radiologie, Syndicat des Radiologues Hospitaliers, Fédération Nationale des Médecins Radiologues.

² Union Nationale des Internes en Radiologie

peut, dans le cadre de stage en milieu libéral, effectuer de remplacement ou assurer des gardes.

Dans la mesure où l'interne reçoit délégation et agit sous la responsabilité du maître de stage, la responsabilité de ce dernier est donc susceptible d'être recherchée à l'occasion d'un dommage causé à un patient par l'interne.

C'est d'ailleurs à cette fin que l'article 15 de l'arrêté du 4 février 2011 prévoit expressément :

« Le praticien agréé-maître de stage des universités contracte une assurance responsabilité professionnelle, s'il exerce une activité libérale, en signalant à son assurance sa qualité de maître de stage. »

En matière civile, pour que la responsabilité du radiologue puisse être engagée, il faudra toutefois démontrer que l'interne a commis une faute en lien de causalité direct et certain avec un préjudice.

L'article L1142-1 alinéa 1^{er} du code de la santé publique dispose que :

« Hors les cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

C'est donc le principe de l'obligation de moyens du médecin, consacré par la jurisprudence, qui a été solennellement réaffirmé par le législateur.

Dès lors, pour que la responsabilité d'un médecin puisse être recherchée, encore faut-il que soit rapportée la triple preuve :

- d'une faute susceptible, en l'espèce d'être reprochée à l'interne,
- d'un préjudice certain,
- d'un lien de causalité entre ladite faute et ledit préjudice.

La preuve de cette faute incombe au demandeur, et doit être distincte de celle du dommage. Elle ne saurait en aucun cas se déduire de l'anormalité ou de la gravité du préjudice (Civ. 1^{ère}, 27 mai 1998, n°96-17.197).

La responsabilité du radiologue pourra ainsi être recherchée en cas de manquement(s) de l'interne ou en cas de mauvaise appréciation des capacités de l'interne à qui il est confié un geste technique dépassant ses compétences.

Sa responsabilité civile pourra également être recherchée si le patient n'a pas au préalable été informé de la présence

de l'interne et donné son accord pour la réalisation éventuelle de l'acte par l'interne.

Toutefois, la responsabilité du maître de stage n'exclut pas celle de l'interne qui verra par exemple sa responsabilité retenue en cas de réalisation d'un acte dont il aurait pris l'initiative sans en référer au maître de stage.

La responsabilité personnelle de l'interne peut également être recherchée sur le plan pénal (violation du secret professionnel, homicide involontaire, non assistance à personne en péril, ...).

Il n'est pas inintéressant de relever que la Cour de cassation a rappelé que l'interne est placé, sinon dans un rapport de subordination, du moins de délégation, et cette situation ne peut que rejaillir sur la manière de comprendre ses obligations de praticien, qui ne sont pas les siennes propres mais celles de son chef de service. Un interne exécute les obligations d'autrui tout en restant sous la responsabilité de l'autorité ayant consenti à la délégation.

“ La responsabilité civile du médecin pourra également être recherchée si le patient n'a pas au préalable été informé de la présence de l'interne et donné son accord. ”

Ainsi et dans un arrêt du 3 mai 2006, la Chambre criminelle a reproché à la Cour d'appel d'avoir retenu la responsabilité personnelle de l'interne pour ne pas avoir posé une indication chirurgicale en urgence sans avoir répondu aux arguments de ce dernier qui indiquait que cette décision appartenait au chef de service.

L'analyse des faits de cette affaire établissait pourtant que l'interne avait constaté la persistance d'une hémorragie en post-opératoire et n'avait pas jugé utile de se déplacer suite à un nouvel appel de l'anesthésiste réanimateur.

Bien qu'il existe à ce jour peu de contentieux relatifs à l'exécution d'actes par un interne en secteur libéral, cette situation impose au praticien recevant des internes en stage une vigilance particulière dans la mesure où sa propre responsabilité sera examinée en premier plan par les juridictions éventuellement saisies.

Ainsi, et en complément de l'information donnée à son propre assureur, il est fortement recommandé au médecin radiologue recevant un interne en stage au sein de son cabinet de s'assurer de ce que l'interne bénéficie d'une assurance personnelle. ■

Laure SOULIER
Avocate Cabinet AUBER



Elections à la SFR

Le nouveau Bureau de la SFR a été élu le 29/01/2015.

10 des membres sont des libéraux, la FNMR est représentée par 9 d'entre eux.

→ BUREAU

Pr MEDER Jean-François
Dr ZINS Marc
Pr BELLIN Marie-France

- CH Saint-Anne - Paris – *Président*
- CH Beaujon - Clichy – *Secrétaire général*
- CHU Paul Brousse - Kremlin-Bicêtre – *Trésorière*

Pr BOUDGHENE Frank
Dr CAUDRON Jérôme
Dr COQUEL Philippe
Pr CUENOD Charles-André
Dr CUINGNET Philippe
Pr DRAPE Jean-Luc
Pr GAUVRIT Jean-Yves
Dr GUERINI Henri
Dr GUILLEMOT Eric
Dr HAZEBROUCQ Vincent
Pr HELENON Olivier
Dr LAVAYSSIERE Robert
Dr LECLERC Jean-Charles
Pr LEGMANN Paul
Pr LUCIANI Alain
Dr MARTIN-DUVERNEUIL Nadine
Dr MASSON Jean-Philippe
Pr MOULIN Guy
Dr NINEY Jacques
Pr SARRAZIN Jean-Luc
Dr SILBERMAN Bruno
Dr THOMASSIN-NAGGARA Isabelle
Pr VERNHET KOVACSIK Hélène

- CHU Tenon - Paris
- Centre d'Imagerie Médicale - Le Havre
- Centre d'Imagerie Médicale - Marignane
- CH Européen Georges Pompidou - Paris
- CH - Valenciennes
- CHU Cochin - Paris
- CHU Pontchaillou - Rennes
- Centre d'Imagerie Médicale - Paris
- Centre d'Imagerie Médicale - Fréjus
- ARS Ile-de-France - Paris
- CH Necker - Paris
- Centre d'Imagerie Médicale - Sarcelles
- Centre d'Imagerie Médicale - Saint-Dizier
- CHU Cochin - Paris
- CHU Henri Mondor - Créteil
- CHU Pitié-Salpêtrière - Paris
- Centre d'Imagerie Médicale - Carcassonne
- CHU Timone - Marseille
- Centre d'Imagerie Médicale - Melun
- Centre d'Imagerie Médicale - Neuilly-sur-seine
- Centre d'Imagerie Médicale - Paris
- CHU Tenon - Paris
- CH Arnaud de Villeneuve - Montpellier

Pr KRAUSE Denis
Pr PRUVO Jean-Pierre

- CHU - Dijon – *Président sortant*
- CHRU - Lille – *Past Secrétaire Général*

Le nouveau Conseil de Surveillance a été élu le 29/01/2015.

3 des membres sont des libéraux de la FNMR

→ CONSEIL DE SURVEILLANCE

Dr BRETON Jacques
Dr DEHAENE Jean-Luc
Pr MARSAULT Claude
Pr RYMER Roland
Dr VERZAUX Laurent

- Centre d'Imagerie Médicale - Maison-Alfort
- Centre d'Imagerie Médicale - Lille
- CHU Tenon - Paris
- CHU Lariboisière - Paris
- Centre d'Imagerie Médicale - Le Havre



RSNA, centième anniversaire et cent ans de réflexion ?

Au-delà du déluge habituel de chiffres, ce congrès américain est bien un congrès mondial mais très influencé par les intérêts américains comme le démontrent les liens de certaines universités américaines avec des universités situées dans des pays autrefois ennemis, Chine par exemple. On rétorquera, bien sûr, que ce modèle de coopération n'est pas récent...

L'exposition technique reste flamboyante avec l'introduction privilégiée de nouveaux modèles ou le bouillonnement de petites sociétés, dites « start up », parfois situées dans des pavillons arborant une nationalité et on

peut signaler l'apparition d'un pavillon français cette année avec 6 exposants face aux multiples exposants sous pavillon allemand ou chinois, présents depuis quelques années...



On notera que la surface totale a diminué, le pavillon au bord du lac Michigan (« Lakeside ») étant vide d'exposant cette année. L'utilisation des pavillons Nord et Sud donne d'ailleurs une meilleure lisibilité à cette exposition.

D'une façon générale, on assiste à une diversification des lignes de produits, segments par segments, pour répondre aux besoins de plus en plus spécifiques et sélectifs des utilisateurs dans un environnement contraint. Cela n'empêche pas la présentation et l'utilisation de produits dits de « haut de gamme », scanner ou IRM notamment.

On voit même apparaître des cohortes de patients examinés à 7 Tesla avec une belle démonstration de l'évolution de l'angiogénèse tumorale sous traitement ! Cela dit l'IRM à 7 Tesla en routine n'est pas pour demain, même si l'IRM à 3 Tesla représente déjà 20 % du marché mondial.

L'arrivée des données en masse est celle des « big data » qui suscitent l'intérêt d'acteurs habituellement restés à l'extérieur du monde médical.

La collection et la synthèse de ces données deviennent un enjeu qui dépasse le monde médical. On assiste là aussi à un changement de stratégie qui tient en peu de mots : « big data » et « zero footprint », autrement dit données en masse et pas d'empreinte.

On peut penser que les PACS ; lourds, coûteux et plutôt fermés (« propriétaires ») malgré la norme DICOM ; ont vécu et que la place des systèmes plus interactifs et légers, utilisant des ressources issues du monde de l'internet, va augmenter.

Notons aussi la place que prennent déjà les **logiciels spécialisés et intégrés** proposés par des firmes indépendantes, notamment françaises, face à ceux proposés par les grandes compagnies...

Le maître mot est l'interactivité, interactivité entre modalités avec une station multi-usages mais aussi entre médecins, radiologues ou correspondants, sans inscription de données dans la mémoire de la station de travail, ces données pouvant être des données médicales non radiologiques (compte-rendu d'intervention ou d'endoscopie, images d'anatomie-pathologique, etc).

Cette interactivité doit permettre la meilleure diffusion des informations pertinentes pour la prise en charge du patient qui peut aussi devenir l'acteur de sa santé. L'utilisation d'objets connectés (tensiomètre, pèse-personnes, ECG, pace-maker, etc) est aussi en développement, parfois controversé compte-tenu des risques théoriques de sécurité et de contrôle à distance.

Ce centième anniversaire a été aussi l'occasion d'une réflexion sur le passé et sur l'avenir, le passé étant ce qu'il y a de plus facile à prédire... Le retour du patient au centre des préoccupations des médecins radiologues est sans doute un objectif partageable par tous les radiologues du monde entier.

Si il n'y a pas eu d'imprécatrice, certains orateurs ont bien averti les auditeurs concernant les nécessaires évolutions des pratiques et des mentalités comme de la menace représentée par certains progrès apparents comme la téléradiologie.

Le médecin radiologue, s'il doit rester au fait des évolutions technologiques dont il a besoin, doit aussi et surtout rester présent, comme médecin responsable de son patient. ■

Dr Robert LAVAYSSIÈRE
Vice-Pdt de la FNMR





RSNA 2014 : centième anniversaire Chicago, décembre 2014

« A Century of Transforming Medicine »

« **Aller au RSNA** » peut être vécu comme une punition : avions bondés, plus ou moins aussi vieux qu'un personnel parfois revêché, formalités douanières rebutantes dans leur forme comme dans leur longueur, queues à répétition à l'hôtel ou pour le bus ou le vestiaire, décalage horaire, météo capricieuse, soirée de la SFR et j'en oublie...

Et puis, comme à chaque fois, y compris pour les vieux routiers, l'effet RSNA opère... Non pas dans les communications scientifiques, parfois bien décevantes, 7 minutes à l'annoncée par des « non anglophones » parvenus là par les effets bien compris de la mondialisation et les intérêts de l'Amérique, mais par les séances plénières destinées à apporter un peu de nourriture de l'esprit, « food for thought » ou l'exposition technique qui reste un lieu privilégié de rencontres, mais aussi d'information scientifique, partisane mais avancée.



Il n'y a donc pas de RSNA universel et à chacun son RSNA, doux mélange...

L'histoire et l'avenir sont liés...

Le « Président du Centenaire », Reed Dunnick (Ann Arbor, Mi), a eu beau jeu de rappeler l'importance de l'imagerie et que la découverte du mystérieux rayon de Roentgen en 1895 a abouti à la première installation à Chicago dès 1896. Il n'a pas hésité à être optimiste en déclarant que « nous, sous-entendu la RSNA, sommes bien positionnés pour les cent prochaines années en associant notre puissance historique (sic) de recherche et de découverte associée à la nouvelle démarche de recentrage sur le patient (patient centered care) » !!! C'est assez comique si l'on pense que aucune technique d'imagerie n'a été découverte par les Américains, sinon l'IRM, et encore, de façon partielle.

Pour Dunnick, l'imagerie a au moins cent ans devant elle et le plan d'action comprend 6 volets : développer la prochaine génération de chercheurs, meilleure éducation des praticiens en exercice au fur et à mesure du

développement des nouvelles techniques d'imagerie et de thérapeutique, trouver des ressources financières pour ceux qui font preuve des talents nécessaires, promouvoir les synergies et partenariats au sein de la radiologie mais aussi des autres spécialités, mettre au point des stratégies à long terme et ambitieuses dans le secteur public, sans oublier, *in fine*, l'interaction avec le secteur industriel.

Ce discours messianique serait incomplet si on ne mettait pas le patient au centre du discours, dans une véritable « médecine centrée sur le patient » qui sera le *leitmotiv* de fond... Ainsi, le radiologue doit se souvenir que derrière une image, il y a un patient. Ce thème de la pro-activité reviendra dans d'autres séances et Dunnick insiste sur l'importance de la participation du patient à la démarche de soins et sur le rôle du radiologue face aux autres médecins avec un nouveau paradigme en tache de fond, « value over volume », soit plutôt une valorisation que du volume. C'est le sens de la campagne « Imaging 3.0 » menée par l'American College of Radiology.

Cette démarche est mi-scientifique et intuitive et mi-pragmatique face aux bouleversements attendus du système. Les revenus ont déjà baissé, sauf en interventionnel, et les radiologues américains ne sont plus qu'à la 4^e place dans l'échelle des revenus. D'autre part, la substitution opère et les examens par scanner sont en baisse alors que l'IRM poursuit sa hausse, notamment en ambulatoire.



L'impact de l'imagerie est aussi l'avenir de la médecine centrée sur le patient

Il n'en reste pas moins que malgré ces soubresauts et ces hésitations, l'imagerie a eu un impact fondamental sur la médecine, la recherche aboutissant à des progrès majeurs dans la prise en charge des patients.

La conférence du Dr Jonathan Rubin (An Arbor, Mi) montrera, par la suite, au cours de la « New Horizons Lecture », que les **ultra-sons n'ont pas dit leur dernier mot** avec une myriade d'applications, partiellement déjà utilisées mais toujours en développement, comme l'élastographie, si utile en hépatologie notamment, les études de flux et de perfusion ou les produits de contraste, toujours à l'ordre du jour.



Le scanner a supprimé un certain nombre de laparotomies inutiles et l'IRM apporte de multiples informations rappelle le Dr Dunnick pour qui, et bien d'autres, ces 3 techniques ont un impact majeur, « transformationnel », sur la médecine d'aujourd'hui qui ne peut se passer de l'imagerie...

« Big data » et médecine

La conférence du Dr Francis Collins, Directeur du National Institute of Health (NIH), était un complément logique en soulignant l'importance de poursuivre les efforts de recherche malgré les restrictions budgétaires, soulignées par les comparaisons face au PIB qui démontrent que les Etats-Unis ont plutôt désinvesti au contraire des pays européens, France et Grande-Bretagne notamment, ou des pays à développement presque comparable, BRICS notamment...



Toutefois, les sommes drainées sont bien utilisées comme dans le projet BRAIN (Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies) dans lequel le NIH a dépensé \$ 46 millions distribués à plus de cent chercheurs au travers de 15 états et de 3 nations pour jeter les bases d'un projet qui va durer des années... Les 5 premières années seront consacrées au développement des méthodes de cartographie du cerveau, à l'amélioration des méthodes d'exploration peu invasives et au recensement des cellules neuronales et gliales.

Le Dr Collins, généticien et ancien responsable du projet Human Genome, a **souligné l'interdépendance de la génomique et de l'imagerie**. Ainsi, on a identifié récemment une variante d'un gène qui code les fibres cérébrales et peut jouer un rôle dans la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, la « Cancer Imaging Archive » est une base de données ouverte qui permet de relier les différents aspects morphologiques aux données génétiques.

C'est aussi dire que le nouveau défi est aussi celui des **bases de données élargies** qui intéressent déjà des opérateurs commerciaux comme Google, notamment. L'initiative « Big Data to Knowledge » (BD2K) devrait **faciliter la transition et permettre de faciliter le passage de la science à la pratique, du diagnostic au traitement**.

Ainsi, le nombre de pathologies associées à un désordre moléculaire est passé de 500 en 1990 à plus de 5000 aujourd'hui, mais **il reste un écart entre ce que nous pouvons diagnostiquer et ce que nous pouvons traiter**.

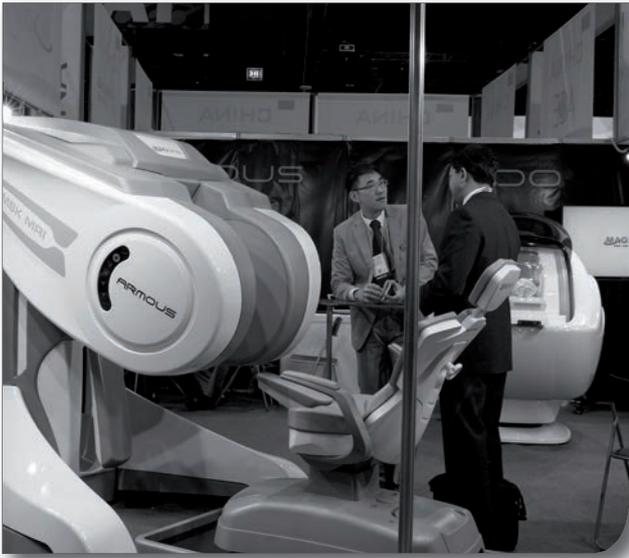


Le NIH travaille avec une dizaine de firmes pharmaceutiques dans le cadre d'un partenariat intitulé « Accelerating Medicines Partnership » dans le but de transformer les modèles actuels et d'accélérer la prise en charge de certaines maladies comme la maladie d'Alzheimer en partageant les données.

En effet, la durée moyenne de développement d'un traitement est encore de 14 ans en moyenne aujourd'hui...

L'imagerie n'est pas en reste et le Dr Collins a pris comme exemple l'élastographie, en IRM cette fois, dans la planification chirurgicale des méningiomes, dont la difficulté d'exérèse est inversement proportionnelle à l'élasticité.

Un autre objectif est de mettre au point des techniques à faible coût comme, par exemple, le dépistage des cancers buccaux dans les pays en voie de développement par tomosynthèse en cohérence optique.



Le financement, nerf de la guerre

Il n'en reste pas moins que cela demande des ressources importantes et que si le budget du NIH a doublé de 1998 à 2003, il se heurte maintenant à un mur alors qu'**il n'a pas été réévalué pour tenir compte de l'inflation et a donc diminué en valeur absolue.** Une des conséquences est l'augmentation des rejets des projets de recherche, le nombre de projets acceptés passant de 25 à 35 % avant 2003 à moins de 15 % aujourd'hui. Le Dr Collins estime donc que 50 % de la « bonne science » est laissée de côté. Il note que certains pays comme la Chine ou le Brésil ont une approche opposée et investissent massivement. Il a donc appelé les différents opérateurs, RSNA et autres sociétés, savantes ou non, à parler d'une seule voix, à l'unisson.

C'était au Dr James Borgstede (RSNA R&F Board of Trustees) d'évoquer les campagnes menées par la RSNA pour lever des fonds, soit \$ 17,5 millions grâce à la campagne « Inspire-Innovate-Invest » tout en se souvenant que l'excitation liée à l'introduction du scanner avait décidé de sa carrière en imagerie.

Cette année, la RSNA a accordé 94 bourses pour un montant de \$ 3,6 millions. Le but est double, d'une part inciter les jeunes radiologues à s'orienter vers la recherche et, d'autre part, de continuer d'alimenter cette recherche.

Notons que la Société Française de Radiologie a accordé 20 bourses à des internes et à des chefs de cliniques, les moyens de recherche dépendant du laboratoire d'accueil. Il n'est pas inutile de souligner que la recherche universitaire française est plutôt bien classée, malgré toutes ses difficultés, au 4^e ou 5^e rang mondial... Sans doute une expression phénotypique du génie français, inscrit dans le génome !

Retour au monde réel

Le monde réel est tout autre et le Dr David Levin (Philadelphie) a abordé un sujet délicat dans l'« Annual Oration in Diagnostic Radiology » qui fut riche d'enseignements.

Le titre provocateur était déjà une réponse potentielle à lui seul : « Transitionning from Volume Based Practice to Value Based Practice : a Meaningful Goal for All Radiologists or a Meaningless Platitude ». Autrement dit, « *le passage d'une pratique reposant sur le volume à une pratique assise sur la valeur de l'acte est-il un objectif pertinent pour tous les radiologues ou une platitude vide de sens ???* ».

Le Dr Levin est un des pionniers de la recherche sur l'économie de l'imagerie aux Etats-Unis et ses travaux, parfois iconoclastes, font autorité.

Le titre fait référence à une campagne menée par l'American College of Radiology (ACR), intitulée « Imaging 3.0 », et, malgré les interactions entre la RSNA et l'ACR, on pouvait craindre la polémique.

Dans un exposé ciselé, à coup de griffes à peine rentrées, le Dr Levin a mis en demeure une assistance relativement clairsemée, les radiologues américains goûtant peu les remises en cause, de changer d'attitude.

En effet, deux risques pour la profession sont bien identifiés, la baisse des tarifs et la téléradiologie, les deux étant liés partiellement, sans oublier les partages de frontières, ou « turf battles » et la « commoditization » de l'imagerie, vulgaire service sans valeur ajoutée.

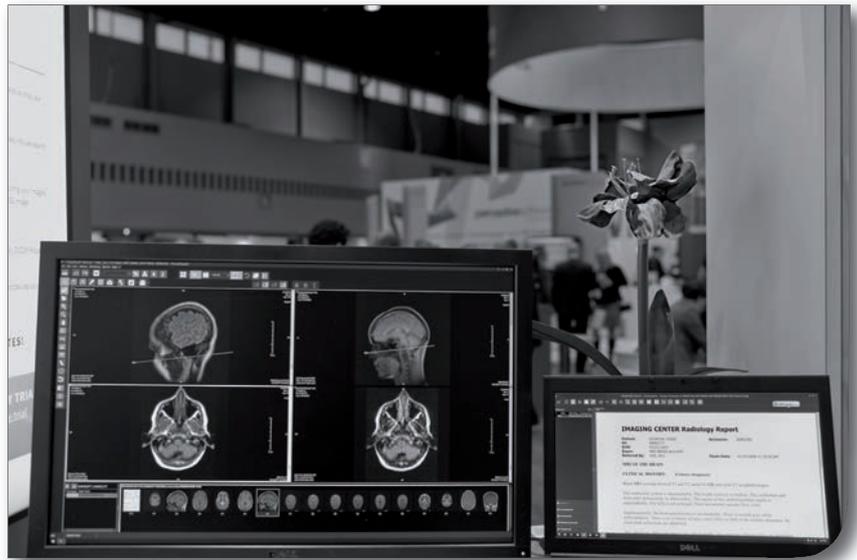
Un des propos commun à l'ACR et à la RSNA n'est pas nouveau, **si on veut que le rôle du radiologue soit reconnu, il doit être visible et agir comme un « vrai docteur » :**



un vrai docteur a une vraie valeur et il doit valider les indications, quitte à les discuter avec le correspondant demandeur, donner des instructions pour la réalisation de l'examen et suivre sa réalisation, faire son rapport et s'assurer de sa diffusion comme de sa compréhension.

En clair, il doit agir comme un vrai médecin consultant. Il doit aussi expliquer les résultats au patient et rester disponible jusqu'à indiquer son numéro de téléphone mobile à côté de la signature du compte-rendu !

Il s'agit donc d'inverser la perception selon laquelle « le radiologue est le médecin invisible dont on ne voit que la facture », salée bien évidemment. Ainsi, pour le Dr Levin, la facture du cardiologue est tout aussi élevée, auto-prescriptions comprises (un de ses chevaux de bataille), mais il est bien visible, lui !



“Les sociétés de téléradiologie sous-paie les interprétations ce qui dévalorise d'autant la valeur théorique de l'acte.”

Le Dr Levin ajoute aussi qu'il faut aussi que les radiologues cessent de se plaindre des services rendus non honorés car les autres médecins sont logés à la même enseigne sans se plaindre pour autant...

Le Dr Levin a aussi insisté sur le rôle néfaste de la téléradiologie, ce qui n'est pas tout à fait une surprise et peut être une source de réflexions tant les Etats-Unis ont été en avance dans ce domaine.

Dans de nombreux endroits, les radiologues américains ont délégué une partie de leur activité à des sociétés tierces

alors qu'ils avaient des pratiques reposant sur des contrats avec telle ou telle structure, hôpital ou centres médicaux. Il s'agissait surtout d'activités de garde et sont apparus des grands réseaux comme celui des « Night Hawks » (faucons de nuit), mais aussi dans le cadre d'astreintes, notamment les fins de semaine (Week-End) aboutissant à un désengagement des radiologues vis à vis de leurs structures et aussi à une **perte d'identité**.

La seconde conséquence a été économique. En effet, les sociétés de téléradiologie sous-paie les interprétations de leurs prestataires, en général à 25 % de la valeur, et empochent la différence, ce qui dévalorise d'autant la valeur théorique de l'acte : « le payeur paye trop cher ». L'étape suivante a été la contractualisation directe auprès des entreprises de téléradiologie, à moindre coût, en court-circuitant les radiologues qui, après avoir perdu leur identité dans leur structure globale, perdent aussi leurs contrats. Sans doute une parabole à méditer...

Le message du Dr Levin est assez clair et plutôt universel : la recherche de la qualité doit être au premier plan avec la mise au point d'une métrique et d'indicateurs tout en éliminant les procédures inutiles.

Il faut aussi abandonner la délégation (« outsourcing ») et le médecin radiologue se doit d'agir comme un médecin consultant auprès de ses collègues, spécialistes et généralistes, comme auprès du patient pour être bien visible et ne pas perdre son identité d'acteur de soins, dans l'intérêt même du patient. ■

Dr Robert LAVAYSSIÈRE
Vice-Pdt de la FNMR





CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10534 14 Caen, SCM 11 radiol. cerc. cause ouverture 2^{ème} IRM, associé(e) polyvalent(e) tps plein ou partiel, rx, écho., séno., ostéo., TDM, IRM, 3 sites + 1 clinique, 2 TDM, 2 IRM en propre.
 > Tél. : 06.32.67.61.33.
 Email : ac.dronet.rsc@orange.fr

10535 28 Dreux, cab. radiol. cerc. un 3^{ème} associé.
 > Contact : 02.37.42.00.85.
 ou 06.86.00.30.53.

10536 30 Région Nimes, cab. neuf, recherc. radiol. Plateau technique complet (scan., IRM et radio. conventionnelle).
 > Contact : Dr CHARON
 Tél. : 06.80.92.58.06.

10537 35 Saint-Malo, groupe 15 radiol. cause dévelop. activité cerc. nouvel

assoc. (remplac. en vue d'installation).
 Activité multisites : 4 cab., 2 scan., 2 IRM, activité clinique, cab. de ville de sénol. (micro et macrobiopsie). Forte activité sénol. (numér.-capteur plan), ostéo-articul., intervent., oncol., téléradiol.

> Contact : Frédéric BRUNET
 Tél. : 06.09.74.05.49. - Email : fbrunet.lucville@gmail.com - Jérôme Contact : POIRIER : 06.31.95.02.82.
 Email : drjepoirier@gmail.com

10538 40 Groupe 14 radiol. recrute radiol. : plateau technique complet, 2 cliniques, 1 centre de sénologie, 4 cab. dont 2 avec imagerie en coupe.
 > Contact : eric.chavigny@wanadoo.fr

10539 49 Angers, groupe de 24 radiol. cerc. un(e) nouvel(le) associé(e). Activité multisites, 4 cab., 2 sites cliniques, 2 scan. (64 Barettes) (+ 1 en 2015), 3 IRM (+ 1 autorisation), 3 mammo. capteurs plan, 3 capteurs à aiguilles. Passage possible en SEL en 2015.
 > Contacts : Stéphane Nicolau :

Tél. : + (33) 06.80.21.11.43.
 Email : sn@angers-radiologie.fr

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

Le Médecin Radiologue
 de France

Directeur de la Publication : Dr Jean-Philippe MASSON
 Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
 Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

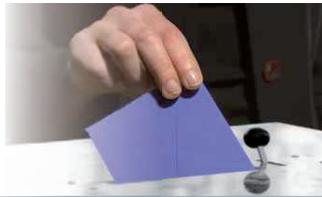
Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces
 EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
 Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
 www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
 168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON
 Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
 Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
 Maquettiste : Marc LE BIHAN
 Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
 Dépôt légal 1^{er} trimestre 2015

Vie fédérale



FINISTERE

Suite aux élections du syndicat du FINISTERE du 19 novembre 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Henri LE PENNDU (Brest)
Vice-Présidents :	Dr Luc PRIGENT (Quimper) Dr Benoît GUIVARC'H (Morlaix)
Secrétaire :	Dr Isabelle CHASSERAY (Brest)
Secrétaire adjoint :	Dr Frédérique HOMBRON (St-Pol de Léon)
Trésorier :	Dr Valérie GUILLO (Lesneven)

HAUT DE SEINE

Suite aux élections du syndicat des Hauts de Seine du 11 décembre 2014, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Grégory LENCZNER (Neuilly sur seine)
Vice-Président :	Dr Marc ABEHSERA (Neuilly sur seine) Dr Chantal TAVERNIER (Antony)
Président d'Honneur :	Dr Michel LEGMANN (Neuilly sur seine) Dr Laurent LACROSNIERE (Paris)
Secrétaire Général :	Dr Didier CHAUVEL (Boulogne Billancourt)
Secrétaire Général adjoint :	Dr Denis HOVASSE (Antony)
Trésorier :	Dr Jean GUIGUI (Neuilly sur seine)
Trésorier adjoint :	Dr Francis NOBLINSKI (Boulogne Billancourt)

PMFR

Génebault

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT

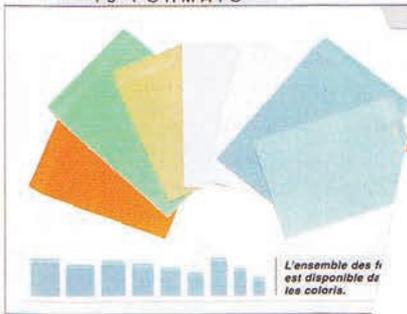
BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS



L'ensemble des formats est disponible dans les coloris.

7 coloris au choix

DESCRIPTION

• Formats disponibles

15cm x 20cm	28cm x 38cm
18cm x 32cm	31cm x 41cm
21cm x 35cm	37cm x 37cm
22,5cm x 32,5cm	37cm x 44cm
21cm x 35cm	37cm x 44cm

Chemises

SANS RABATS



DESCRIPTION

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 24cm x 31cm

AVEC RABATS



DESCRIPTION

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 24cm x 31cm

AVEC RABATS



DESCRIPTION

Formats standards
22,5cm x 31cm - 26,5cm x 37cm - 36,5cm x 43,5cm

AVEC RABATS



DESCRIPTION

Format standard
22,5cm x 31cm

SPECIALA PORTE CD

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs
• Impression personnalisée (logos, photos, etc)
• Expédition 2 à 3 semaines avec impression personnalisée

AUTRES MODÈLES

Liste non exhaustive. Autres modèles sur simple demande. N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits Tél. 04 77 72 21 24

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

DESCRIPTION

• Formats 28cm x 35cm
31cm x 41cm
40cm x 50cm
• Poignée rapportée bleue
• Impression standard
• Expédition sur stock

PERSONNALISÉS

Poignée rapportée

DESCRIPTION

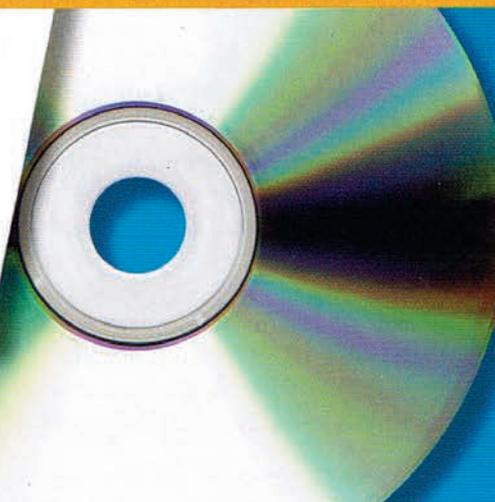
• Formats à votre demande
• Coloris blanc ou couleur à votre choix
• Impression 1, 2 ou 3 couleurs



Livraison immédiate • Produits standards

Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents et aussi... cavaliers, papier en tête, cartes de rendez-vous, cahiers de rendez-vous...



Uniprévoyance, notre avenir en confiance



BythewayCreacom - © Getty images

SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

Les salariés sont une valeur essentielle de l'entreprise. Pour assurer leur avenir, UNIPRÉVOYANCE, institution de prévoyance à gestion paritaire, offre des garanties

complémentaires en matière de santé et de prévoyance en proposant des contrats collectifs solidaires et sécurisés. Pour nous contacter www.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire