

Le Médecin Radiologue de France

Novembre 2020

438

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

PLFSS 2021 Protocole Covid



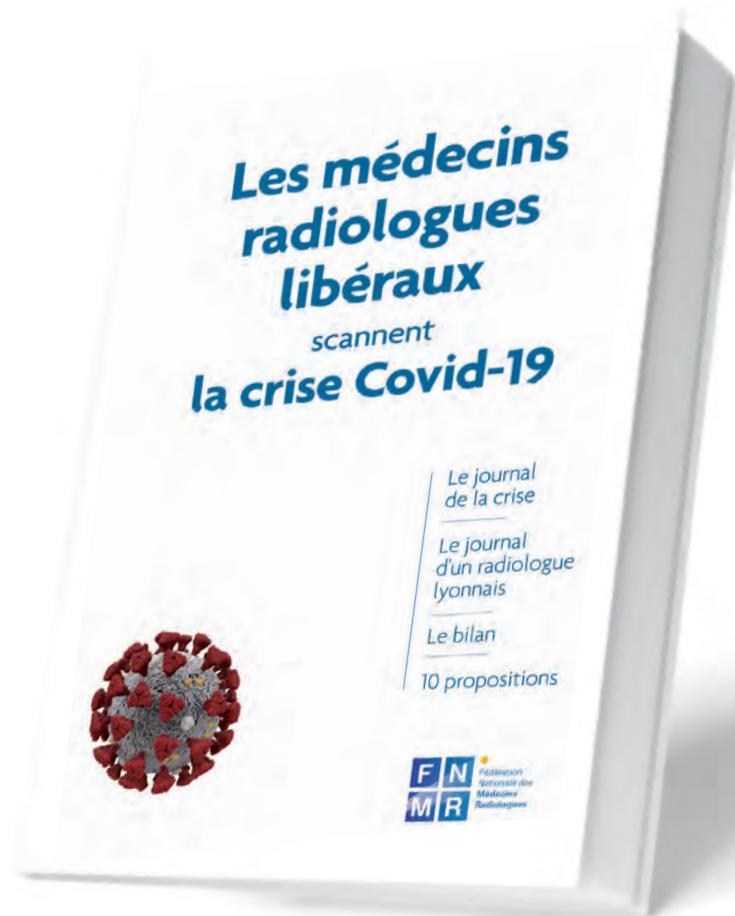
/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org



Les médecins radiologues libéraux *scannent* la crise Covid-19

C'est le titre du livre publié par la FNMR qui tire des enseignements de la crise Covid-19.

La FNMR rappelle ainsi le rôle essentiel de la radiologie libérale française dans la prise en charge des patients Covid et non Covid.

À télécharger sur <https://bit.ly/34gYiBE> ou demander à info@fnmr.org un exemplaire imprimé

Annonceurs : DEDALUS p. 13, LABELIX p. 31, FORCOMED p. 32

Directeur de la publication : Dr Jean-Philippe MASSON • Rédacteur en chef : Dr Paul-Marie BLAYAC

Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT • Édition, secrétariat, publicité rédaction, Petites annonces : EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 euros
Tél. : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15 • www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org • 168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON • Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY

Maquette : Cécile Milhau • Crédits photos : Istock.com •

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



Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR

Le non-respect de la signature de l'État ou le fait du prince !

Novembre est le mois du PLFSS. Si le contexte Covid domine sa rédaction, d'autres sujets y figurent cependant, ou devraient y figurer.

Le 28 avril 2018, lors de la signature du protocole triennal entre la FNMR et la Caisse d'assurance maladie, son directeur produisait un courrier du ministre de la santé, Mme Buzyn, confirmant l'abrogation de l'art. 99 (permettant au directeur de la CNAM de baisser arbitrairement la valeur des forfaits techniques en dehors du cadre conventionnel) dans le cadre du PLFSS 2021 si les termes du protocole étaient respectés.

Le PLFSS est discuté à l'Assemblée nationale. Son texte initial est connu et aucun article ne mentionne la suppression de l'art. 99. La FNMR a alerté les conseillers santé de MM. Macron, Castex, la directrice de la DGOS, le conseiller santé de Bercy et celui de M. Veran, responsable du PLFSS.

La réponse de ce dernier vient de nous parvenir : « Après échanges avec les conseillers et services en charge du sujet, je regrette de ne pouvoir donner suite à votre demande d'abrogation de l'article 99. Nous maintenons l'engagement conduisant à supprimer cette disposition si les termes du protocole sont respectés. La baisse des dépenses, constatée en 2020, ne résulte pas des actions de pertinence prévues par le protocole mais de la particularité d'une année 2020 marquée, il est vrai, par le confinement. »

Comment les services peuvent-ils « affirmer » que les baisses conséquentes d'activité ne seraient que l'effet de la crise Covid ?

Malgré les relances de la FNMR, aucune rencontre avec le nouveau directeur général de la CNAM, M. Fatome,

aucune réunion du groupe technique paritaire, prévu dans le protocole, chargé d'analyser et discuter les chiffres, ne s'est tenue.

Les chiffres dont nous disposons sont là et les économies attendues sont largement dépassées.

La démarche volontariste et fondatrice, des médecins radiologues libéraux pour la pertinence, avec le directeur général de la CNAM et le soutien de l'État, vient de sombrer à lire sa position, sans doute sabordée par ceux qui n'y croyaient pas à l'époque et qui ne croient encore qu'à la maîtrise comptable.

Malgré les belles paroles présidentielles, rien ne change, tout semble redevenir comme avant et notamment envers la médecine libérale et la radiologie en particulier, bouc émissaire de certains.

La démonstration a pourtant été faite que les économies persistantes sur la santé, en particulier sur la radiologie, détruisent le système et mettent en danger la santé des Français.

Les médecins radiologues libéraux étaient bien au rendez-vous de la « première vague » Covid-19, malgré l'absence des moyens de protection adéquats. Avec leurs personnels, ils ont su assumer toutes leurs responsabilités, en coordination avec leurs collègues hospitaliers, pour aider au diagnostic et au suivi des patients. Ils sont aussi prêts pour la « deuxième vague ».

Ce manque de respect de l'engagement de l'État est regrettable et laissera des traces profondes et durables qui dépasseront la radiologie lorsqu'il s'agira d'engager les autres spécialités dans des accords de pertinence.

Les radiologues ont respecté le protocole signé. Il doit, aussi, être honoré par l'État, tel qu'il s'y est engagé.

SOMMAIRE – NOVEMBRE 2020 # 438

FNMR

| | |
|---|------|
| Conseil d'administration – Sept. 2020 | P. 4 |
| Assemblée générale – Sept. 2020 | P. 6 |

PLFSS 2021

| | |
|--|-------|
| Le secteur libéral oublié une fois de plus | P. 14 |
|--|-------|

UN RADIOLOGUE À L'HONNEUR

P. 17

PRODUITS DE CONTRASTE

| | |
|--|-------|
| Pertinence : produits de contraste iodés | P. 18 |
| Pertinence et Gadolinium | P. 20 |
| SFR CIRTACI : Optimisation des injections en IRM | P. 22 |

JURIDIQUE

| | |
|--|-------|
| Coopération public-privé en imagerie | P. 24 |
|--|-------|

PROTOCOLE COVID

| | |
|--|-------|
| Conduite à tenir en cas de personnels Covid-19 | P. 26 |
|--|-------|

LIVRE COVID-19

P. 2

HOMMAGE

P. 31

BUREAU FNMR

P. 31

PETITES ANNONCES

P. 31

Conseil d'administration

Le président de la Fédération, Jean-Philippe Masson, ouvre la séance du 12 septembre 2020 du Conseil d'administration qui se réunit pour la première fois, physiquement, depuis le début de la crise sanitaire. En raison de l'épidémie, la réunion du Conseil qui devait valider au printemps les comptes de la Fédération pour qu'ils soient soumis à l'Assemblée générale de septembre se tient ce jour. L'Assemblée générale les examinera ensuite.

Le président rappelle les règles sanitaires pour cette réunion dont le port du masque.

Cooptation au CA et élection du Bureau élargi

Jean-Philippe Masson souhaite la bienvenue aux nouveaux administrateurs. Il remercie également le Conseil de l'avoir réélu en juin dernier, lors d'un Conseil tenu en visioconférence. Le Bureau de la Fédération a lui aussi été élu à cette occasion. Il propose au Conseil de se prononcer sur les membres à coopter au CA et sur le Bureau élargi.

Conformément à l'article 18 des statuts de la Fédération, le président, les secrétaires généraux et le trésorier sont membres de droit du Conseil d'administration. Jean-Philippe Masson propose également de coopter Philippe Arramon-Tucoc, Sophie Aufort, Philippe Coquel, Bruno Silberman, Laurent Verzaux. Le Conseil vote leur cooptation à l'unanimité.

Conseil doit arrêter en prévision de l'Assemblée générale qui devra approuver les comptes.

En 2019, les recettes ont baissé par rapport à 2018 en raison d'une légère diminution des cotisations scanner et IRM mais aussi d'une remontée tardive des cotisations individuelles. En réalité, les cotisations 2019 sont en



DR

Dominique MASSEYS,
Trésorier

Il soumet ensuite au vote l'élection du Bureau élargi avec Sophie Aufort, Alexandre Blondet, Christian Fortel, François Jambon, Éric Madeuf et Laurent Verzaux. Le Conseil approuve à l'unanimité.

Comptes 2019, prévisionnel 2020

Après l'appel statutaire, Dominique Masseys, trésorier, présente les comptes de la Fédération. Il présente le tableau d'activité pour 2019 de la FNMR que le

hausse de 3% ce qui confirme la **stabilité du nombre d'adhérents depuis cinq ans**. C'est un bon résultat étant donné le contexte démographique et économique.

Pour 2020, la Fédération a décidé de réduire le montant des cotisations individuelles de 42% en raison de la situation sanitaire exceptionnelle. Il faudra rester vigilant car les charges restent stables.

Dominique Masseys et Jean-Charles Guilbeau, trésorier adjoint, remercient les trésoriers et les présidents départementaux et régionaux pour leur travail constant.

Pour l'avenir, la motivation syndicale des jeunes radiologues doit être une des priorités de la Fédération.



Le partenariat avec l'Union Nationale des Internes et Jeunes Radiologues (UNIR), mis en place par Eric Chavigny en 2019, a été reconduit en 2020. Cette année, 120 internes ont adhéré à la Fédération.

Les trésoriers remercient aussi les centres de scanner et d'IRM qui ont payé leur cotisation en plus de l'adhésion individuelle des radiologues. Par ailleurs, le Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO), dont le siège est installé dans les locaux de la Fédération, cotise aussi à la FNMR.

Les dépenses sont inférieures aux prévisions ce qui se traduit par un résultat net positif.

Pour 2020, les recettes prévisionnelles sont estimées en baisse d'un quart, les dépenses seront inférieures à celles de 2019. 50 000 euros sont provisionnés pour des actions de défense de la profession si cela s'avérait nécessaire. L'année 2020 présente exceptionnellement un budget prévisionnel qui n'est pas à l'équilibre. Il sera fait appel aux réserves pour couvrir un éventuel déficit.

« La FNMR ne perçoit aucune subvention. Elle est donc totalement indépendante. »

Jean-Philippe Masson précise que les réserves sont le fruit d'une politique prudente menée par tous les trésoriers successifs de la Fédération. Elles constituent une sécurité dans les périodes exceptionnelles comme celle que nous traversons. Il faut néanmoins que le budget soit équilibré par des cotisations pleines. Il est à noter que les produits financiers des réserves ont disparu avec la baisse des taux d'intérêts. Il précise également que l'État n'est pas en droit de toucher aux réserves. Contrairement à d'autres syndicats, la FNMR ne perçoit aucune subvention. Elle est donc totalement indépendante.

Philippe Gousseau, commissaire aux comptes, confirme que les réserves appartiennent pleinement à la FNMR qui est une association privée. L'État n'a pas le moindre droit dessus.

Les comptes sont adoptés à l'unanimité.

Philippe Gousseau présente son rapport d'audit. Il consiste en une revue des comptes pour vérifier qu'il n'y a pas d'anomalie significative. Tous les comptes et les pièces comptables de l'exercice sont examinés en fonction des normes applicables par la profession. Philippe Gousseau certifie que les comptes, au regard des règles et principes comptables français, sont réguliers, sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations et de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la Fédération à la fin de cet exercice.

Le commissaire aux comptes a aussi procédé à des vérifications spécifiques. Il a vérifié que le rapport du trésorier ne contenait pas d'anomalies par rapport à ce qui a été exposé. Il présente aussi un rapport spécial sur les conventions réglementées. Il a pour but de présenter à l'assemblée les opérations qui pourraient être à l'origine de conflits d'intérêts entre les dirigeants de la Fédération et la Fédération. En l'espèce, le commissaire n'a été avisé d'aucune convention à soumettre à l'approbation de l'association. En conclusion, les comptes sont certifiés sans réserve.

Le président demande au Conseil d'approuver les comptes et de donner quitus aux responsables de la Fédération ce que l'assemblée fait à l'unanimité.

Cotisation nationale 2021

Le trésorier soumet au Conseil le vote du montant de la cotisation nationale pour l'année 2021. Il rappelle que le Bureau propose le maintien du montant des cotisations 2019, soit 430€ pour une cotisation pleine. Le montant est voté à l'unanimité.

Cotisation 2021
430 €

Assemblée générale

L'Assemblée générale doit examiner les rapports financier et moral de la Fédération. Elle devrait être suivie d'un Conseil d'administration mais exceptionnellement, il a été décidé que les questions à l'ordre du jour du Conseil seraient traitées au sein de l'Assemblée.

Rapport financier 2019

Après la vérification statutaire des mandats, le trésorier, Dominique Masseys, présente le rapport financier 2019. Il s'agit du même rapport que celui qui a été validé par le Conseil d'administration.

Philippe Gousseau confirme que le rapport présenté devant l'Assemblée générale est le même que celui du CA, juste avant le vote de l'approbation des comptes et de l'affectation du résultat.

Caisse d'entraide décès

Le bilan de la Caisse d'entraide décès est positif pour 2019.

Rapport moral 2019¹

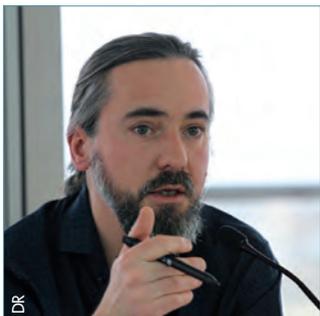
Le rapport des secrétaires généraux, Jean-Christophe Delesalle et Jean-Charles Leclerc, est présenté par ce dernier. Il porte sur la période de juin 2019 à septembre 2020.



Jean-Christophe DELESALLE,
Secrétaire général

Après avoir présenté l'activité interne de la Fédération au travers de ses diverses commissions, et ses relations avec les partenaires, le rapport fait le point sur les nombreux sujets qui font l'actualité de la radiologie :

- Le protocole imagerie 2018-2020 signé par la FNMR et la CNAM².
- L'intelligence artificielle avec DRIM³.
- La nouvelle charte de la téléradiologie.
- La dématérialisation des demandes d'examens et le DMP⁴.
- La radiologie interventionnelle.
- La réforme des autorisations.
- Les dépistages des cancers du sein et du poumon.
- La grille des salaires des personnels des cabinets médicaux.
- La qualité et la labellisation.



Jean-Charles LECLERC,
Secrétaire général

- La radioprotection.
- Le partenariat FNMR-UNIR⁵.
- La formation continue avec FORCOMED.

Jean-Charles Leclerc conclut son rapport sur la crise sanitaire du Coronavirus.

Hommages aux médecins radiologues décédés depuis le 1^{er} janvier 2019

- Roger ANTONNY – Laxou (54)
- Laurence AUNE – Royan (17)
- Jean BENNET – Paris (75)
- Roger BESSON – Paris (75)
- Claude BIDAUT – Reynes (66)
- Bernard BOUIS – Nîmes (30)
- Jean-Pierre BRUN – Saintes (17)
- Gérard CALMET, membre du Bureau FNMR – Pevy (51)
- Claude CARLIER – Douai (59)
- Jacques CHENAVER – Bussy-Saint-Georges (77)
- Jacques-Yves DANTEC, membre du Bureau FNMR – Larmor Plage (56)
- Monique DUWIG – Strasbourg (67)
- François HENRION – Besançon (25)
- Daniel HERPE – Bordeaux (33)
- Jean-Claude MAILLARD – Saint-Doulchard (18)
- Jean-Paul MARTIN – Marseille (13)
- Jacques MEYER – Nantes (44)
- Pierre MICHOTEY – Marseille (13)
- Pierre MOLINAZZI – Montivilliers (76)
- Roland PETIGNY, ancien administrateur FNMR – Audincourt (25)
- Pierre VAUZANGES – La Seyne-sur-Mer (83)
- René VOISIN – Marseille (13)

1. Le rapport complet sera disponible dans un fascicule distinct sur le site de la FNMR
2. Caisse Nationale d'Assurance Maladie
3. Data Radiologie Imagerie Médicale - France Intelligence Artificielle
4. Dossier Médical Partagé
5. Union Nationale des Internes et Jeunes Radiologues

Situation politique et syndicale

Jean-Philippe Masson aborde la situation politique et syndicale avec un point sur le protocole imagerie FNMR-CNAM, signé en avril 2018. Le groupe de travail commun s'est réuni jusqu'à la période du confinement.

Un premier contact a été repris par Wilfrid Vincent, délégué général, avec son correspondant à la CNAM. Il n'a pas été possible d'avancer dans la mesure où les services de la Caisse sont en attente des directives du nouveau directeur général, Thomas Fatome, nommé en juillet.

De son côté, la FNMR a procédé à des estimations des économies réalisées. **L'évolution des produits de contraste est positive. Les radiologues ont adapté leur pratique aux nouvelles recommandations** ce qui entraîne d'importantes économies. Nous avons également évalué la perte d'activité des cabinets d'imagerie durant le confinement. Sur les mois de mars et avril, les remboursements de l'Assurance maladie ont baissé de 200 millions. L'activité n'a repris que progressivement avec le déconfinement.

Le protocole prévoyait 167 millions d'économies sur trois ans dont 70% de pertinence. Avec l'effondrement de l'activité du premier semestre 2020, le montant d'économies prévu est dépassé.

La Fédération demandera donc que les mesures d'abandonnement du modificateur Z et la suppression de l'article 99 de la LFSS 2017⁶ soient appliquées.

Philippe Arramon-Tucoo, vice-président de la Fédération, informe le Conseil que la question de la consultation à 25 euros a été évoquée lors de l'université d'été de la CSMF⁷. La réponse du directeur de la CNAM a été qu'il ne peut pas être envisagé de revalorisation sans l'intégrer dans l'ensemble des autres prestations (forfaits, ...). Autrement dit, la Caisse n'entend pas mettre plus d'argent dans le système et en particulier sur la revalorisation du C. Ce qu'elle donne aux uns, elle le reprend aux autres.

Jean-Philippe Masson rappelle que le protocole a été approuvé par le Gouvernement. Si l'État ne respectait pas sa parole sur le protocole et la pertinence, c'est sa crédibilité auprès des autres spécialités qui serait remise en cause. Pour Gilbert Leblanc, la revalorisation des honoraires n'est envisageable ni pour le ministre, ni pour le directeur général de la CNAM notamment pour des raisons politiques en raison de la future élection présidentielle.

« Si l'État ne respectait pas sa parole sur le protocole et la pertinence, c'est sa crédibilité auprès des autres spécialités qui serait remise en cause. »

Pour les tutelles, la pertinence pour les autres spécialités se fera par des forfaits. Il faut néanmoins que l'État respecte la signature du protocole. Jean-Philippe Masson souligne que pour la radiologie, il s'agit bien de l'application du protocole. Le modificateur Z n'est pas un honoraire mais un supplément qui a été supprimé, puis rétabli à une valeur inférieure à sa valeur initiale.

Pour Wilfrid Vincent, il faut distinguer deux choses. D'une part, la revalorisation du Z qui correspond au protocole.

D'autre part, les revalorisations tarifaires qui pourraient intervenir dans le cadre de la révision de la CCAM⁸ et donc de la hiérarchisation et de la valeur des actes. Cette révision sera sûrement compliquée, plus encore après la crise du Covid et les coûts qu'elle engendre.

Jean-Philippe Masson attend des syndicats polycatégoriels représentatifs qui vont entrer dans la négociation conventionnelle qu'ils signifient à l'État que si celui-ci ne donne pas un signal fort pour des revalorisations, ils ne signeront pas.

Jean-Louis Puech évoque une des conséquences du Ségur de la santé. Les revalorisations tarifaires qui ont été décidées vont créer des distorsions entre les manipulateurs des établissements, publics ou privés, et ceux des cabinets libéraux. Jean-Philippe Masson rappelle que la grille salariale des personnels des cabinets de radiologie libéraux est au-dessus des salaires de l'hôpital. Il souligne aussi que le système de santé comprend un secteur public et un secteur privé mais le Ségur n'est que celui de l'hôpital avec une



6. Loi de Financement de la Sécurité Sociale. L'article 99 sortait les tarifs des forfaits techniques du champ de la négociation conventionnelle pour donner au directeur général de la CNAM le pouvoir d'en décider seul.

7. Confédération des Syndicats Médicaux Français

8. Classification Commune des Actes Médicaux

accélération de la loi de santé d'Agnès Buzyn⁹, élaborée uniquement pour l'hôpital. Il y a une autre injustice, celle de la prime « Covid » que l'État attribue en reconnaissance de leur engagement aux personnels qui se sont mobilisés contre le Covid dans les établissements de santé publics ou privés. Les personnels des cabinets de radiologie en sont exclus au motif qu'ils ne travaillent pas en établissement.

Le régime des autorisations

Depuis plus d'un an, des groupes de travail se sont réunis à la DGOS¹⁰ pour étudier une réforme du régime des autorisations. Le groupe chargé de la radiologie interventionnelle a presque abouti.

Le groupe chargé de l'imagerie en coupe a rencontré quelques difficultés. La crise du Covid a tout arrêté et les discussions sont reportées à une date indéterminée. **La réforme vise à transformer l'autorisation de détention du matériel en autorisation d'activité de soins.** Or, les GIE¹¹ et les SCM¹², structures accueillant le plus souvent les équipements lourds, sont des sociétés de moyens et ne peuvent pas délivrer des soins. Il s'est donc posé la question de créer des GCS¹³. Mais dans ce cas, l'association d'un établissement de santé hospitalier et d'une SEL¹⁴ de radiologues soumet automatiquement le GCS au droit public avec toutes ses lourdeurs.

La FNMR a donc demandé au ministère la création d'un statut spécifique, plus souple, d'établissement de santé en imagerie. Nous restons en attente de la reprise des activités du groupe de travail.

Le forfait urgence

La « task force » financement des soins de la DGOS a informé la FNMR d'une réforme de la tarification des urgences. L'objectif est de simplifier la tarification et de l'homogénéiser entre les hôpitaux et les établissements privés par la forfaitisation. La réforme ne concerne que les patients qui ne sont pas hospitalisés. L'établissement percevrait un forfait (avec quatre niveaux selon l'âge du patient). Il s'y ajoute un supplément biologie quel que soit le nombre d'actes de biologie réalisés, et un supplément radiologie unique, quel que soit le nombre d'actes d'imagerie réalisés. Il s'ajouterait aussi un supplément transport et un autre pour les addictions.



Selon la DGOS, le forfait serait indexé sur le régime des prestations hospitalières, avec une augmentation de l'ordre de 0,2%, 0,3% tous les ans. En cas de baisses tarifaires d'actes de la CCAM, le forfait ne serait pas touché. La DGOS a calculé le forfait radiologie en divisant le montant total facturé aux urgences, y compris les forfaits techniques, par le nombre d'actes. Le résultat est un coût moyen de 58 euros. À la demande de la FNMR, le forfait technique a été retiré. En effet, le scanner peut appartenir à des structures différentes ; clinique, GIE, etc. Une fois cette question réglée, il reste le problème de l'impact d'un forfait moyen selon la structure d'activité des radiologues dans les différents établissements.

Il y a aussi la question de la répartition du forfait dans le cas où l'urgentiste fait une échographie à un patient et le radiologue un scanner. Qui perçoit le forfait ?

Enfin, il y a la question du destinataire du paiement, à savoir le compte mandataire géré par l'établissement. Quel sera le montant de la redevance que la clinique demandera au radiologue ? Il ne peut, en aucun cas, être aligné sur la redevance pour les patients hospitalisés. La DGOS, à la demande de la FNMR, a informé la FHP¹⁵ que le montant de la redevance, s'il y avait redevance, ne pourrait dépasser 1%.

La DGOS doit procéder prochainement à une simulation sur l'ensemble des établissements afin d'examiner l'impact de la réforme avant une mise en œuvre prévue pour le 1^{er} mars 2021. L'expérimentation portera sur les 600 établissements accueillant des urgences, dont 128 privés, afin de voir s'il existe des différences de structures d'activité d'un établissement à l'autre.

Finalement, une réforme visant à la simplification paraît apporter plus de complexité pour la radiologie.

Bruno Silberman fustige le forfait, très à la mode, qui est une remise en cause des modalités de paiement de la

9. Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

10. Direction Générale de l'Offre de Soins

11. Groupement d'Intérêt Économique

12. Société Civile de Moyens

13. Groupement de Coopération Sanitaire

14. Société d'Exercice Libéral

15. Fédération de l'Hospitalisation Privée



radiologie. Le forfait en imagerie calculé sur la moyenne sur une année risque de conduire à d'autres modalités de paiement des scanners et des IRM.

C'est peut-être à terme une remise en cause des modalités financières de l'activité radiologue libérale. C'est un engrenage qui risque de conduire à remplacer le paiement à l'acte par le forfait.

Alexandra Coupteau fait remarquer que le Gouvernement refuse l'attribution de la prime « Covid » aux personnels des cabinets de radiologie au prétexte qu'ils ne sont pas des établissements alors que pour la forfaitisation des urgences, les cabinets sont « réintégrés » dans les établissements.

« Une réforme visant à la simplification paraît apporter plus de complexité pour la radiologie. »

Forfait technique et redevance

Comme pour d'autres hôpitaux, l'hôpital de Sarrebourg était lié par une convention à un groupe de radiologues libéraux qui assuraient les scanners. L'hôpital reversait une partie du forfait technique puisque les secrétaires des radiologues assuraient la prise de rendez-vous, l'accueil des patients, etc. À son arrivée, un nouveau directeur de l'hôpital a dénoncé la convention et réclâmé aux radiologues d'une part le remboursement des versements sur quatre années, d'autre part une redevance sur l'acte intellectuel et le paiement d'un loyer pour l'utilisation des locaux et d'une place de parking.

Les radiologues ont attaqué sa décision. La justice prenant son temps, le directeur a quitté Sarrebourg pour prendre la direction de l'hôpital de Sélestat où il a engagé la même procédure contre les radiologues libéraux qui ont, eux aussi, saisi la justice. La commission juridique de la FNMR avait décidé de contribuer au financement de la défense de nos collègues de Sarrebourg devant le Conseil d'État. Ce dernier s'est finalement prononcé en donnant raison aux radiologues et a renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel de Nancy.

Mammobiles

Nous entrons dans la période des élections départementales et régionales. Certains élus peuvent être tentés

de faire de la communication en mettant en place des mammobiles sous prétexte d'éloignement de certaines populations rurales.

Les radiologues doivent être vigilants. Il faut rappeler à ces élus et aux Agences Régionales de Santé (ARS) que le mammobile ne peut pas respecter le cahier des charges national du dépistage du cancer du sein. C'est simplement un mammographe. Il n'y a pas d'examen clinique. Si une échographie mammaire est nécessaire, les femmes devront bien se déplacer pour la faire. La vraie question est la disparition de cabinets de proximité.

Octobre Rose

Cette année, la campagne d'Octobre Rose de la Fédération aura pour thème *Le dépistage une affaire de famille*. Le concept est qu'une jeune femme incite sa mère à se faire dépister. La plaquette de la FNMR a été remise à jour. 10 000 exemplaires ont été distribués l'an passé, à la demande de cabinets de radiologie, d'associations ou de structures de gestion.

Nouveauté, nous mettons en ligne sur le site monradiologue.fr une carte interactive de la France avec la liste des médecins radiologues agréés au dépistage du

cancer du sein. Les patientes pourront cliquer sur leur ville et auront les coordonnées correspondantes. La carte a été élaborée à partir des données fournies par les structures de dépistage régionales.

Alvian Lesnik informe le Conseil que l'INCa¹⁶ a réuni l'ensemble des structures de dépistage afin d'homogénéiser la communication.



DMP

Le Parlement examine actuellement un projet de loi *accélération et simplification de l'action publique (ASAP)*. Des députés LREM ont déposé un amendement rendant obligatoire la transmission du compte rendu en radiologie au DMP. Si cet amendement est adopté, les éditeurs de logiciels devraient faire les mises à jour nécessaires gratuitement. Actuellement, deux éditeurs importants, NEHS (Global Imaging) et Softway, se sont précédemment engagés à proposer la mise à jour gratuite.

Un radiologue indique qu'un éditeur (NEHS) lui demande maintenant 4 000 euros par site et par an pour envoyer

16. Institut National du Cancer



les comptes rendus au DMP. Le président lui recommande de refuser.

Jean-Christophe Delesalle rappelle que, dans le cadre de l'enquête sur les RIS¹⁷ publiée en juillet 2019 dans la *Revue du Médecin Radiologue*, des éditeurs s'étaient engagés à ne pas faire payer les cabinets. Les éditeurs sont en attente d'une nouvelle version du module DMP qui intégrera le numéro d'identifiant unique (INS) qui sera obligatoire au 1^{er} janvier 2021.

FORCOMED

Jean-Charles Leclerc, président de Forcomed, annonce deux nouvelles formations en e-learning. Une formation DPC consacrée à l'intelligence artificielle et une autre sur la tomosynthèse. Le site Forcomed a été refondu avec un nouveau design. Il est « responsive », s'adapte à tous les écrans (ordinateur, tablette, smartphone). Une nouvelle plate-forme pour les formations est disponible pour les formations dites 724, disponibles 24h/24h.



La tomosynthèse en pratique clinique

La qualité

Jean-Charles Leclerc enchaîne sur la qualité. 2019 a été marquée par une petite révolution : la décision ASN¹⁸. Les cabinets doivent répondre à une nouvelle obligation pour tous les examens utilisant des rayons X, à savoir la mise en place d'un système de management de la qualité. L'application était le 1^{er} juillet 2019 mais il y a une petite tolérance. Cependant, l'ASN a déjà entrepris des visites de contrôle et certains cabinets qui n'ont rien entrepris risquent d'avoir des problèmes.

Il est impératif de se mettre en conformité et, au minimum, de mettre en place des procédures sur la justification des actes, leur optimisation, le traitement des événements indésirables. Il faut aussi instaurer un comité de retour d'expérience (CREX). Il faut également formaliser les conditions d'habilitation aux postes. Toutes ces procédures sont reprises dans une formation Forcomed.

Un autre sujet est l'accréditation. Il y a eu un bras de fer entre la profession, au travers du Conseil professionnel (G4), et le COFRAC qui voulait imposer sa vision, c'est-à-dire la transcription de la norme de la biologie médicale (ISO 1589) à la radiologie. Cette norme est déconnectée et inadaptée à la pratique de la radiologie. Le G4, avec l'AFNOR¹⁹, ont donc proposé un référentiel, une future norme, conforme à Labelix. Ce futur référentiel comprend les éléments de Labelix en y ajoutant quelques points. Les centres labélisés n'auront aucune difficulté à répondre à la future norme.

Le référentiel est écrit et fait l'objet d'une enquête publique (date limite 28 septembre). Théoriquement, la publication de la norme interviendra un mois après l'enquête publique.

Les URPS²⁰

Les élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé auront lieu l'année prochaine. Lors de la précédente élection, les radiologues avaient été très présents sur les listes, permettant l'élection de nombre d'entre eux et celle de trois radiologues comme présidents d'Union. Le paysage syndical a évolué avec la transformation de l'U.ME.SPE²¹, branche des spécialistes au sein de la CSMF²², en Avenir Spé. La CSMF a choisi d'exclure Avenir Spé.

Les précédentes élections au URPS comportaient trois collèges :

- Le collège des médecins généralistes.
- Le collège des médecins spécialistes des plateaux techniques.
- Le collège des médecins des autres spécialités médicales (auquel appartenait les radiologues).

La prochaine élection ne comportera que deux collèges. Le Bloc qui concourait dans le collège des médecins

17. Radiological Information System
 18. Autorité de Sûreté Nucléaire
 19. Association Française de Normalisation
 20. Union Régionale des Professionnels de Santé
 21. Union des Médecins Spécialistes
 22. Confédération des Syndicats Médicaux Français

Les syndicats en présence pour l'élection aux URPS

- Avenir Spé – Le Bloc
- CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français)
- FMF (Fédération des Médecins de France)
- SML (Syndicat des Médecins Libéraux)
- UFML (Union Française pour une Médecine Libre)

spécialistes des plateaux techniques réintégrera celui des spécialistes. Dans cette perspective, le Bloc et Avenir Spé ont décidé de fusionner pour former une fédération qui présentera des listes uniques.

C'est d'une certaine façon un retour en arrière, puisque le Bloc a été créé par des spécialistes des blocs opératoires qui quittaient l'U.ME.SPE considérant, à l'époque, qu'ils n'avaient pas été assez représentés

et défendus. Cette fusion est l'occasion d'un rassemblement et de l'unité des spécialistes.

Cette unité est d'autant plus essentielle que le ministre de la santé a adressé au nouveau directeur général de l'Assurance maladie une lettre de cadrage dans laquelle il indique qu'il faut améliorer la prise en charge des patients sur le territoire grâce aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces communautés ont vocation à orienter les patients vers les hôpitaux, les spécialistes libéraux étant court-circuités.

Il appartiendra aux radiologues de se positionner sur les différentes listes qui leur seront proposées. Dans certaines régions, des listes trans-syndicales sont en train de se construire. L'important est que des radiologues soient élus pour défendre la profession.

Pierre-Jean Ternamian, président de l'URPS AURA²³ explique les modalités du vote qui sera électronique. Il n'y aura donc plus d'enveloppe, ni de bulletin papier.

« L'important est que des radiologues soient élus pour défendre la profession. »

Dans un premier temps, un vote blanc aura lieu en janvier avec les élus aux URPS et 2 000 autres électeurs. La circonscription électorale sera composée de deux départements non représentatifs d'une tendance syndicale. Si l'organisation de ce vote blanc est satisfaisante, l'élection, en avril 2021, aura lieu par vote électronique. Concrètement, chaque électeur recevra un courrier avec un code de connexion.

Le vote électronique ne concernera pas que les médecins mais plus de 3 millions et demi de salariés. Pour l'organiser, l'État a lancé un appel d'offres européen. Les prestataires choisis organiseront toutes les élections professionnelles. Le coût sera de 5 € par électeur. Une partie des dépenses seront imputées aux futures URPS.

Étant donné le mode d'élection choisi, il y a un véritable risque d'effondrement de la participation et à terme de la représentativité des URPS. La maîtrise des territoires pourrait basculer vers les CPTS.

Pierre-Jean Ternamian appelle les radiologues à **voter et à faire voter autour d'eux pour que les URPS conservent leur représentativité**. Mais l'engagement pour les URPS ne doit pas se faire au détriment d'un investissement dans les CPTS. Ces communautés sont le premier étage d'une fusée qui comporte aussi le SAS, service d'accès aux soins. Dans l'immédiat, la lettre de cadrage du ministre de la santé met en avant les CPTS et les médecins généralistes. Il faut donc renforcer la présence des spécialistes.

Pour Bruno Silberman, président de l'URPS Île-de-France, la participation aux URML²⁴ puis aux URPS était justifiée par deux



raisons. La première était de représenter et de défendre les radiologues puisque la FNMR n'a pas de représentativité nationale au sens légal du terme. La seconde était d'appuyer la FNMR dans les négociations techniques avec des enjeux conventionnels.

La stratégie de la FNMR a toujours été que les radiologues soient présents dans tous les syndicats afin d'être soutenue. Lors de la dernière négociation technique, seule l'U.ME.SPE a réellement soutenu les radiologues. En clair, les radiologues ne sont soutenus que par des spécialistes et très peu par des généralistes (pour mémoire, ce sont eux qui ont provoqué la décote du deuxième acte de radiologie). Il faut, cependant, faire une différence avec le fait que les radiologues travaillent très bien avec les généralistes sur le terrain. Ce ne sont pas des syndicalistes. Mais il y a un enjeu dans les négociations conventionnelles. L'argent est d'abord mis pour les généralistes et après, on voit ce qu'il reste pour les spécialistes. En général, pas grand-chose, et éventuellement des baisses tarifaires. Quand quelque chose est fait pour les spécialistes, il faut penser aussi aux généralistes.

23. Auvergne-Rhône-Alpes

24. Union régionale des Médecins Libéraux

« Les radiologues ont intérêt à être représentés aux URPS par des radiologues »

Les spécialistes sont les oubliés des dernières conventions médicales. Les responsables politiques ne savent plus que parler aux généralistes et ont oublié le besoin de spécialistes en dehors de l'hôpital.

Jusqu'à présent, la participation aux URPS, en moyenne 40%, était supérieure à celle des autres élections professionnelles ce qui renforçait la représentativité des médecins. La participation en 2021 sera donc un vrai enjeu.

Pour les radiologues, les URPS représentent un second enjeu : celui de l'organisation territoriale de l'imagerie. Les autorisations sont attribuées au niveau régional. D'autres sujets seront vraisemblablement, prochainement, traités au même niveau : l'accès aux soins non programmés, les urgences, etc. Les radiologues ont donc intérêt à être représentés par des radiologues. Il faut que les cabinets et les groupes se mobilisent et participent à ces élections.

Philippe Arramon-Tucoo, président de l'URPS Nouvelle-Aquitaine, considère, lui aussi, qu'il est essentiel qu'il y ait des radiologues élus aux URPS. En effet, **il n'est pas possible de défendre un dossier imagerie quand on n'est pas radiologue.**

L'enjeu est important pour les syndicats parce que leur représentativité nationale dépend du résultat. Mais si l'élection est « syndicalisée » au maximum, il y aura une montée de l'abstention. L'enjeu pour les confrères n'est pas le syndicalisme mais la défense des actions des URPS dans les territoires. L'enjeu, c'est aussi le projet pour le territoire dans les années à venir. Il faut aussi inviter les confrères à voter, veiller qu'au sein des groupes chacun a conservé ses codes de vote, rappeler à tous de voter. Il sera possible de voter pendant huit (8) jours.

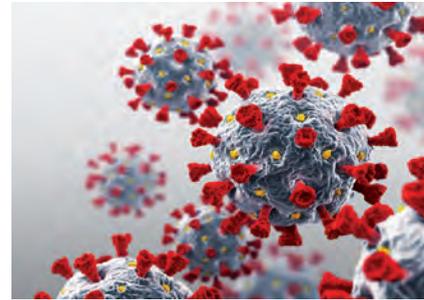
Jean-Philippe Masson rappelle que la FNMR cotise à tous les syndicats polycatégoriels. La FNMR, comme les autres syndicats verticaux, ne cotisait pas directement à la CSMF mais à l'UMESPE. Aujourd'hui, la FNMR cotise toujours à l'UMESPE devenu Avenir Spé. La FNMR cotise également à la nouvelle branche spécialistes (Spé CSMF) de la CSMF. Les

seules structures auxquelles la FNMR ne cotise pas sont l'UFML, dans la mesure où ce n'est pas un syndicat représentatif, et le Bloc qui ne comprend pas de radiologues.

Droit de retrait

Les manipulateurs des cabinets libéraux de radiologie se sont sentis exclus et méprisés par leur exclusion de la prime « Covid ». Ils la ressentent comme un désaveu de leurs compétences. Certains envisagent, dans le cas d'un rebond de l'épidémie, d'orienter les patients Covid ou suspectés de l'être vers les hôpitaux ou d'exercer un droit de retrait.

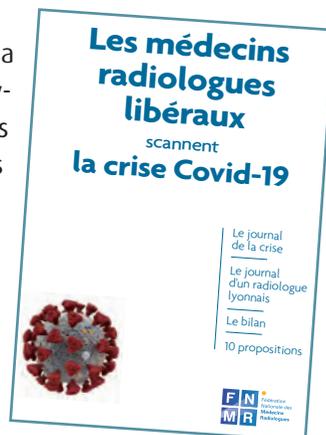
La FNMR a saisi toutes les instances (Conseillers santé du Président, du Premier Ministre, du Ministre de la santé) de l'injustice créée par cette exclusion des personnels des cabinets libéraux de radiologie. Le droit de retrait ne peut cependant pas être invoqué dans ce cas. En effet, un salarié ne peut y recourir que dans le cas où sa sécurité serait en cause par défaut de protection dans son travail (Voir le protocole Covid p.26). Dans le cas d'absence de personnel si l'école de leur(s) enfant(s) fermait, il faudra recourir au chômage partiel. Par ailleurs, Jean-Philippe Masson invite les radiologues à inciter leurs personnels à se faire vacciner contre la grippe. En moyenne, le taux de vaccination des professionnels de santé est de l'ordre de 30 à 40%. C'est très insuffisant.



Les médecins radiologues scannent la crise Covid-19

Durant la période de confinement, un radiologue lyonnais, Pierre-Jean Ternamian, a tenu un journal vidéo. C'est le point de départ d'un ouvrage que la FNMR va publier sur la crise du Covid vue par les radiologues. Il comprendra également un journal de la crise, des témoignages de médecins, de personnels de cabinets de radiologie, de responsables d'associations de patients. Au travers du bilan de la première phase de l'épidémie, il présente dix propositions pour une meilleure organisation de l'imagerie, la première étant l'augmentation des scanners et des IRM pour prendre en charge tous les patients Covid et non Covid.

Le Conseil se conclut sur un tour de France non exhaustif pour évaluer le rebond du Covid.





Dedalus
HEALTHCARE SYSTEMS GROUP



Un PACS, une vision

Personnalisez votre plateforme d'imagerie
avec les dernières technologies



LA VIE PASSE PAR NOS SOLUTIONS

dedalus-france.fr

Le secteur libéral oublié une fois de plus

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2021 a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 7 octobre. La version soumise aux députés ne fait pas mention des éventuelles économies demandées à diverses spécialités dont la radiologie. De même, aucun article ne reprend la demande de la FNMR concernant la suppression de l'article 99 sur les forfaits techniques, ni celle de la FNMR conjointement avec le Syndicat National de l'Appareil Respiratoire pour un dépistage du cancer du poumon.

Le PLFSS 2021 s'articule autour de cinq axes :

- Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé
- Répondre à la crise sanitaire
- Élargir le champ de la sécurité sociale avec la création d'une cinquième branche dédiée à l'autonomie qui sera gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- Poursuivre les mesures de simplification et d'accès aux soins pour les assurés
- Rétablir la soutenabilité financière de la sécurité sociale

Nous présentons quelques-unes de ces mesures, en particulier celles relatives à l'assurance maladie.

LES COMPTES 2020

L'impact financier de la crise du coronavirus oblige à revoir l'équilibre des comptes pour l'année 2020. C'est ainsi que **le solde dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, initialement prévu à -5,9 Md€ passe à -46,1 Md€ (Tableau 1).**

| | Soldes 2020 en Md€ | |
|--|-------------------------|-----------------------------|
| | Prévus par la LFSS 2020 | Rectifiés par le PLFSS 2021 |
| Maladie | -3,4 | -29,8 |
| Accidents du travail et maladies professionnelles | 1,4 | -0,2 |
| Vieillesse | -3,2 | -9,6 |
| Famille | 0,7 | -3,3 |
| Toutes branches (hors transferts entre branches) | -4,5 | -42,9 |
| Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse | -5,9 | -46,1 |

Toujours en raison de la crise sanitaire, l'article 8 rectifie l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour 2020. Prévus à l'origine pour un montant de 205,6 Md€, il est réévalué à 215,7 Md€ (Tableau 2). L'ONDAM 2020 est majoré de 10,1 Md€. L'augmentation résulte des surcoûts de la crise (15,1 Md€), des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé (1 Md€). Elle est partiellement compensée par une sous-consommation des soins de ville (4,3 Md€) et une contribution des complémentaires santé au financement de la crise d'un milliard (Art. 3).

La progression de l'ONDAM pour 2020 passe de 2,45% à 7,6%.

L'article 10 instaure un prélèvement de 1,3% sur toutes les sommes versées au titre des cotisations des complémentaires santé comme contribution à la crise sanitaire.

Tableau 2-
Évolution des sous-objectifs de l'ONDAM 2020

| | Objectifs de dépenses 2020 (en Md€) | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| | Prévus par la LFSS 2020 | Rectifiés par le PLFSS 2021 |
| Dépenses de soins de ville | 93,6 | 93,5 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 84,4 | 87,7 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 10,0 | 11,5 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | 11,7 | 12,0 |
| Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional | 3,5 | 3,8 |
| Autres prises en charge | 2,4 | 7,2 |
| Total | 205,6 | 215,7 |

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

L'article 17 actualise la contribution à laquelle sont tenues les entreprises du médicament et des dispositifs médicaux. Tirant les leçons des risques de pénurie, cet article veut assurer l'accès des patients à des médicaments anciens. Les entreprises négociant avec le Comité économique des produits de santé lors des plans de baisse de prix bénéficieront d'une réduction de leur contribution.

LES COMPTES 2021

En 2021, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale atteindrait 23,9Md€. Le fort rebond des recettes (+7,5%) et la moindre progression des dépenses permettraient ainsi de réduire fortement le déficit, sans pour autant se rapprocher de l'équilibre, le niveau des recettes étant durablement et substantiellement moins élevé que prévu avant la crise sanitaire (Tableau 3).

Tableau 3- Équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Md€) pour 2021

| | Recettes | Dépenses | Solde |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Maladie | 199,5 | 218,4 | -19,0 |
| Accidents du travail et maladies professionnelles | 14,7 | 14,1 | 0,6 |
| Vieillesse | 245,2 | 251,9 | -6,6 |
| Famille | 50,4 | 49,3 | 1,1 |
| Autonomie | 31,2 | 31,2 | 0 |
| Toutes branches (hors transferts entre branches) | 526,9 | 550,8 | -23,9 |
| Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse | 525,0 | 551,3 | -26,4 |

La dette sociale (136Md€) a été transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) par la loi du 7 août 2020. L'échéance de remboursement de la dette a été reportée de 2024 à 2033. L'article 22 prévoit qu'en 2021, la CADES devrait rembourser 17,1Md€.

Le total amorti depuis sa création s'élèvera à 204,4Md€.

METTRE EN ŒUVRE LES ENGAGEMENTS DU SÉGUR DE LA SANTÉ

Les articles 25 et 26 mettent en œuvre les accords du Ségur de la santé, signés le 13 juillet 2020.

L'article 25 prévoit des revalorisations salariales pour 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD¹.

La revalorisation sociale est de 183€ nets par mois dans les établissements de santé et les EHPAD publics (+90€ applicable au 1^{er} septembre 2020 ; +93€ au 1^{er} mars 2021) et

privés non lucratifs et de 160€ nets par mois pour le secteur privé lucratif.

L'article 26 porte sur les investissements pour :

- Les projets hospitaliers prioritaires et l'investissement ville-hôpital (-2,5Md€) ;
- Le numérique en santé (-1,4Md€) ;
- La transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux (-2,1Md€ dont 0,6Md€ au titre de l'investissement numérique).

L'article 27 assure une dotation de 13Md€ pour l'investissement courant des hôpitaux correspondant à un tiers de leur dette.

Réforme du financement de l'hôpital

L'article 28 ajuste le calendrier de mise en œuvre des réformes du financement des établissements de santé perturbé par la crise sanitaire :

- Report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et SSR² au 1^{er} janvier 2022 ;
- Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités des SSR ;
- Adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité ;
- Prorogation au-delà du 31 décembre 2020 des expérimentations sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers ;
- Report de la réforme du financement des centres de lutte contre la tuberculose ;
- Report de la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé.

Il complète aussi la réforme du financement des structures des urgences (Art. 36 de la LFSS 2020) en instaurant un forfait global pour les patients passant aux urgences sans être hospitalisés.

1. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
2. Soins de Suite et de Réadaptation

Prime Covid

L'État a décidé d'accorder une « prime Covid » à l'ensemble des personnels confrontés dans les établissements de santé à l'épidémie. Les personnels des cabinets libéraux de radiologie en sont exclus au motif qu'ils n'exercent pas dans un établissement. Cette exclusion est ressentie comme une injustice alors que manipulateurs et secrétaires ont été au contact quotidien du virus.

La FNMR demande que la « prime Covid » leur soit aussi attribuée.



T2A³ et financement mixte

L'article 30 s'inscrit dans la réduction de la part de la T2A dans le financement des hôpitaux en mettant en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation, sur 5 ans, d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine. L'expérimentation comblera une part de financement à l'activité, une part de financement dit populationnel et une part fonction de la qualité.

Téléconsultation

Durant l'épidémie de coronavirus, les actes réalisés en téléconsultation ont été pris en charge intégralement par l'assurance maladie. L'article 32 prolonge la prise en charge à 100% jusqu'à la fin de l'année 2021. Il laisse aux négociations conventionnelles le soin de redéfinir les conditions du recours à cette pratique.

Allonger le congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

L'article 35 double la durée du congé paternité et le rend obligatoire sur une période de sept jours, consécutive à la naissance de l'enfant.

Médicaments ATU, RTU⁴

L'article 38 réforme le système d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'ATU ou de RTU dans un but de simplification et de garantie d'accès.

Deux nouveaux systèmes sont institués :

- Un « accès précoce » qui vise les médicaments susceptibles d'être innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une AMM⁵ rapidement ;
- Un « accès compassionnel » qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique.

Report de la convention médicale (Art. 33)

... l'échéance de la convention nationale ... régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars 2023.

L'actuelle convention, qui arrive à échéance le 24 octobre 2021, est prolongée afin de permettre que la négociation de la prochaine convention médicale puisse se dérouler à l'issue de ce processus électoral.

ONDAM 2021

L'article 44 fixe les dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2020 à :

- 218,4 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- 216,9 Md€ pour le régime général de la sécurité sociale.

Financement de la vie syndicale

L'article 41 institue un financement spécifique à la vie syndicale. Ce financement sera octroyé par le fonds des actions conventionnelles (FAC) géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le fonds sera alimenté par une part du montant de l'actuelle contribution aux unions régionales (CURPS) et par une dotation de l'assurance maladie correspondant au montant des indemnités versées actuellement aux syndicats représentatifs pour leur participation aux instances prévues par les conventions liant leur profession à l'assurance maladie.

La progression des dépenses d'assurance maladie vise à couvrir les besoins de financement des mesures décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de la gestion de crise. L'effort de 2020 (majoration de l'ONDAM de 10,1 Md€) se poursuit en 2021 avec un volet conjoncturel pour la gestion de la crise sanitaire (4,3 Md€) et un volet structurel d'investissements et de revalorisations salariales (7,4 Md€).

Pour 2021, l'article 45 fixe l'ONDAM à 224,6 Md€ soit 8,9 Md€ de plus que l'ONDAM rectifié de 2020 (Tableau 4). Il progresse de 6% (en dehors des dépenses exceptionnelles liées au Covid) en reprenant les mesures de revalorisation salariale et d'investissement du Ségur de la santé. L'ONDAM 2021 intègre aussi 4,3 Md€ de provisions au titre de la gestion de la crise sanitaire (Tests, masques, vaccins).

Tableau 4- Sous-objectifs 2021

| | Objectifs de dépenses (Md€) |
|--|-----------------------------|
| Dépenses de soins de ville | 98,9 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 92,3 |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées | 13,4 |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées | 12,4 |
| Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional | 3,8 |
| Autres prises en charge | 3,8 |
| Total | 224,6 |

3. Financement A l'Activité

4. Autorisation Temporaire d'Utilisation et Recommandation Temporaire d'Utilisation

5. Autorisation de Mise sur le Marché

Au final, si le PLFSS 2021 tient compte de certains enseignements de la crise du coronavirus, ils sont limités aux décisions du Ségur de la santé qui n'a été rien d'autre qu'un Ségur de l'hôpital. Le secteur libéral reste le grand oublié

de ce PLFSS alors qu'il a pourtant contribué largement à la lutte contre le Sars-Cov-2 et qu'il reste un pilier essentiel pour prendre en charge tous les patients Covid ou non Covid.

La FNMR propose deux amendements

L'abrogation de l'article 99

La FNMR a demandé au législateur et au ministère de la santé d'inclure un amendement pour la suppression de l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017.

Cet amendement a donné au directeur général de la CNAM le pouvoir de décider seul, en dehors du cadre conventionnel, des tarifs de forfaits techniques.

Or, le protocole 2018-2020 entre la FNMR et la CNAM prévoyait son abrogation, confirmée par Agnès Buzyn, ministre de la santé de l'époque, en cas d'atteinte des objectifs d'économies. Or, les économies effectivement réalisées et celles générées par l'effondrement de l'activité de radiologie pendant les mois de confinement et ceux qui ont suivis ont largement dépassé l'objectif initial.

Au moment où nous mettons sous presse, aucun amendement n'a été déposé.

Le dépistage du cancer du poumon

La FNMR et le Syndicat National de l'Appareil Respiratoire (SAR) ont sollicité le législateur et le ministère de la santé pour que le PLFSS 2021 lance une expérimentation de dépistage organisé du cancer du poumon par scanner basse dose.

La FNMR fait cette proposition depuis deux ans, rejetée jusqu'à présent à la demande du gouvernement.

L'étude Nelson, et d'autres études plus récentes, montrent que ce dépistage permet d'augmenter le nombre de guérisons. Il est urgent que la France l'adopte. Pourtant à ce jour aucun article, aucun amendement du PLFSS 2021 ne le prévoit.



À l'occasion des JFR plus 2020,

le Dr Jean-Philippe Masson, président de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, a remis

au **Dr Jean-Christophe Delesalle**, la médaille d'Honneur de la SFR.

Le président de la Fédération a rappelé le parcours du Dr Delesalle. Ancien interne et chef de clinique de Lille, Jean-Christophe, après avoir enseigné, notamment aux manipulateurs, s'est très rapidement engagé dans la carrière de radiologue libéral.

Installé à Saint-Martin-Boulogne depuis 1992, il est passionné, entre autres,



de nouvelles technologies et s'engage très vite dans le syndicalisme radiologique puisqu'il devient en 2011 président du syndicat du Pas-de-Calais.

Il est président du Conseil professionnel (G4) des Hauts-de-France. Dès 2008, il est administrateur de la FNMR puis il devient un de ses secrétaires généraux en 2014.

Cette même année, il intègre le Conseil National Professionnel (CNP) de la radiologie et prend la direction de la commission informatique de la FNMR avec laquelle il réalise depuis, tous les ans, des enquêtes comparatives des RIS, PACS et des sociétés de téléradiologie.

Médaille d'Honneur de la SFR

Membre de la Société Française de Radiologie (SFR) depuis 1990, c'est, logiquement, que le président du CNP, le Dr Louis Boyer le charge de rédiger avec le Dr Pierre Champsaur la nouvelle version de la charte de téléradiologie, co-signée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Ce travail est fondamental pour notre spécialité et c'est, notamment, à ce titre que ce motard mérite largement la médaille d'Honneur de la SFR que je suis fier de lui remettre aujourd'hui.

Le Bureau de la FNMR se joint au président pour adresser au Dr Jean-Christophe Delesalle toutes ses félicitations.



Pertinence : actualités sur les produits de contraste iodés



Dr Philippe COQUEL
Secrétaire général adjoint
de la FNMR
Médecin radiologue

Depuis le 1^{er} janvier 2020, des modifications concernant les produits de contraste iodés ont été publiées.

I. COÛT DES PRODUITS DE CONTRASTE IODÉS

Le prix des produits de contraste iodés a baissé au 1^{er} juillet 2020 d'environ 7% en moyenne avec des variations selon la concentration et le produit.

Le *tableau 1* vous résume les nouveaux prix TTC en pharmacie pour les produits

vendus en kit ou avec seringue, les plus utilisés au scanner. Les nouveaux prix sont basés sur un coût du gramme d'iode selon la concentration.

II. RECOMMANDATIONS CIRTA¹

Les recommandations présentées aux Journées Francophones de Radiologie 2019 sont parues dans le *Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle* de juin 2020 et mises en ligne sur le site de la SFR.

Les adhérents de la FNMR retrouveront de nombreux éléments parus ici même depuis septembre 2018.

Rappelons quelques points essentiels sur les quantités d'iode à utiliser.

A) Examens oncologiques

La quantité d'iode injectée doit être personnalisée en fonction du :

Patient : poids ou mieux surface corporelle en cas de surcharge pondérale pour éviter un surdosage (la graisse ne s'opacifiant pas).

Scanner : l'abaissement du kilovoltage (scanner mono-énergétique) pour les examens abdominaux de 120 kV à 100 kV voire au mieux à 80 kV permet une double réduction de dose : rayons X et produits de contraste. En cas de surcharge pondérale, les valeurs correspondantes sont 120 kV ou 100 kV.

1. Comité Interdisciplinaire de Recherche et de Travail sur les Agents de Contraste en Imagerie

Les valeurs de référence sont :

- 0,5 gl/k à 120 kV soit 35 g pour 70 kilos,
- 0,4 gl/k à 100 kV soit 28 g pour 70 kilos,
- 0,3 gl/k à 80 kV soit 21 g pour 70 kilos.

Le contrôle de qualité de l'examen s'effectue en mesurant la densité Hounsfield au temps portal du foie (110 UH) ou de la rate en cas de stéatose (120 UH).

B) Examens vasculaires

La quantité d'iode délivrée par seconde est le critère essentiel à personnaliser (avec le timing et la durée d'injection) en fonction du :

Patient : état veineux et cardio-vasculaire, poids.

Acte : embolie pulmonaire, coronarographie, vasculaire rénal, périphérique, etc.

Scanner : l'abaissement du kilovoltage permet une double réduction de dose : rayons X et produits de contraste.

Les valeurs de référence (hors coronarographie) sont :

- 1,2 à 1,6 gl/s à 120 kV,
- 1,0 à 1,3 gl/s à 100 kV,
- 0,8 à 1,0 gl/s à 80 kV.

La concentration des différents produits disponibles permettra un choix adapté pour obtenir ces valeurs en fonction du débit d'injection permis par l'état veineux et cardio-vasculaire du patient. Une concentration plus élevée compense un débit d'injection plus faible pour obtenir la même dose d'iode délivrée par seconde.

Le contrôle de qualité de l'examen s'effectue en mesurant la densité Hounsfield des vaisseaux étudiés : ≥ 300 UH.

L'étude prospective Voltage-Based Contrast media adaptation in coronary computed tomography (VOLCANIC-CTA) parue en novembre 2020 dans l'AJR démontre l'intérêt en coro-scan de baisser les Kv et par voie de conséquence la quantité de produit de contraste (370 mg/ml) en s'adaptant à la morphologie du patient, confirmant le double gain de diminution des doses de RX et d'iode pour un résultat identique voire supérieur aux méthodes anciennes.

Tableau 1- Prix TTC des produits de contraste iodés – 1^{er} juillet 2020 – Kit ou seringue

| Concentration | Fournisseur | Produit | Volume en ml | | |
|---------------|-------------|-----------|--------------|---------|---------|
| | | | 100 | 125 | 150 |
| 270 | | | 27 g | | |
| | GE | Visipaque | 29,79 € | | |
| 300 | | | 30 g | 37,5 g | 45 g |
| | Bayer | Ultravist | 33,05 € | | 49,37 € |
| | Bracco | Iopamiron | 26,03 € | | |
| | | Iomeron | 33,85 € | | 49,37 € |
| | GE | Omnipaque | 33,05 € | | 49,37 € |
| | Guerbet | Xenetix | 33,05 € | | 49,37 € |
| | | Optiject | 35,80 € | 44,65 € | |
| 320 | | | 32 g | | 48 g |
| | GE | Visipaque | 33,40 € | | 49,89 € |
| 350 | | | 35 g | 43,75 g | 52,5 g |
| | Bracco | Iomeron | 36,49 € | | 54,53 € |
| | GE | Omnipaque | 36,45 € | | 54,53 € |
| | Guerbet | Xenetix | 36,49 € | | 57,54 € |
| | | Optiject | 36,49 € | 45,51 € | |
| 370 | | | 37 g | | 55 g |
| | Bayer | Ultravist | 36,43 € | | 54,45 € |
| | Bracco | Iopamiron | 26,03 € | | 31,52 € |
| 400 | | | 40 g | | 60 g |
| | Bracco | Iomeron | 39,35 € | | 58,82 € |

En rouge : quantité d'iode en gramme dans le flacon

C) Petits moyens très utiles

Le bolus de sérum physiologique et le chauffage des produits de contraste à 37° sont utiles voire indispensables en toutes circonstances.

III. AU TOTAL

Depuis 2 ans, le principe ALADA (as low as diagnostically achievable) initialement dédié à l'exposition aux rayons X s'est étendu aux produits de contraste. L'optimisation des doses de RX et de produit de contraste sont intimement liées et doivent suivre l'évolution technologique du matériel (reconstruction itérative, intelligence artificielle). Il est pertinent de réduire les doses de rayons X et de produits de contraste. Les recommandations proposées par la FNMR depuis septembre 2018 et reprises depuis par le CIRTACI doivent donc être adoptées le plus largement possible.



Bibliographie

- 1) Réduire les doses d'Iode et de RX : du duo au trio gagnant. Ph Coquel. Le Médecin Radiologue de France. Septembre 2018, n° 416, p. 12-19.
- 2) Fiche CIRTACI oncologie sur le site SFR : http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2008/mie-20080918-000000-11514/src/htm_fullText/fr/Fiche%20Généralités%20ONCO_5_3.pdf
- 3) Fiche CIRTACI vasculaire sur le site SFR : http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2008/mie-20080918-000000-11514/src/htm_fullText/fr/Fiche%20Généralités%20VASCULAIRE_5_3.pdf
- 4) Recommandations du CIRTACI sur l'optimisation de l'injection des produits de contraste iodés en tomographie - Applications oncologiques. Journal d'Imagerie diagnostique et interventionnelle. Juin 2020, Vol 3, n° 3, p. 145-150. A.L. Gaultier, D. Mandry, F. Pontana, B. Morel, E. Blondiaux, G. Kuchcinski, S. Kremer, J. Grégory, V. Laurent, Jean-P. Tasu, C. Balasa, N. Grenier, G. Bierry, M. Lacroix, S. Bommart, P. Akl, C. Colin, F. Cornelis, P. Coquel, C. Fortel, O. Clément.
- 5) Recommandations du CIRTACI sur l'optimisation de l'injection des produits de contraste iodé en tomographie - Explorations vasculaires. Journal d'Imagerie diagnostique et interventionnelle. Juin 2020, Vol 3, n° 3, p. 151-156. A.L. Gaultier, D. Mandry, F. Pontana, B. Morel, E. Blondiaux, G. Kuchcinski, S. Kremer, J. Grégory, V. Laurent, Jean-P. Tasu, C. Balasa, N. Grenier, G. Bierry, M. Lacroix, S. Bommart, P. Akl, C. Colin, F. Cornelis, P. Coquel, C. Fortel, O. Clément.
- 6) Evaluation of a Tube Voltage-Tailored Contrast Medium Injection Protocol for Coronary CT Angiography: Results From the Prospective VOLCANIC Study AJR:215, November 2020 S.S. Martin, D.A. Giovagnoli, A.F. Abadia, V. Vingiani, P.L. von Knebel Doberitz, H.E. Smith, A.M. Fischer, A. Varga-Szemes, T.J. Vogl, C.N. De Cecco, U.J. Schoepf



Pertinence et Gadolinium

Dr Philippe COQUEL
Secrétaire général adjoint de la FNMR
Médecin radiologue

Parallèlement aux produits de contraste iodés, des modifications concernant les produits à base de gadolinium sont survenus depuis le 1^{er} janvier.

I. COÛT DES PRODUITS GADOLINÉS

a. Compte tenu de la réglementation concernant les génériques en général, le Dotarem a vu son prix diminué au 1^{er} novembre et une nouvelle grille de prix concernant tous les chélates de gadolinium est appliquée depuis le 1^{er} janvier.

| | Dosage | 7,5ml | 10ml | 15ml | 17ml | 20ml |
|-------------------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Clariscan | 0,5 | | 16,17€ | 23,74€ | | 30,41€ |
| Dotarem | 0,5 | | 27€ | 39,80€ | | 51,05€ |
| Gadovist | 1 | 54,85€ | 70,40€ | 101,77€ | | |
| Multihance | 0,5 | | 34,60€ | 51,09€ | | 65,47€ |
| Prohance | 0,5 | | 34,60€ | 51,09€ | 56,68€ | |

II. RECOMMANDATIONS CIRTACI¹

a. Les recommandations CIRTACI concernant les produits gadolinés devaient être présentées aux Journées Francophones de Radiologie (JFR) en octobre 2020 en présentiel. Elles viennent d'être publiées sur le site CIRTACI/SFR.

b. Les points clefs, comme pour les produits de contraste iodés ne surprendront pas les lecteurs puisque la plupart ont été développés ici même depuis deux ans.

c. Le principe ALADA (As Low As Diagnostically Achievable) instauré pour la radioprotection doit aussi être appliqué aux chélates de gadolinium en raison des risques potentiels mais inconnus liés en particulier aux dépôts de gadolinium.

III. RECOMMANDATIONS EN NEURORADIOLOGIE

La Société Française de Neuroradiologie a publié dans le *Journal of Neuroradiology* de novembre 2020 des recommandations concernant l'usage du gadolinium.

a. Une première partie concerne l'usage en général du gadolinium. Une mise à jour devrait rapidement reprendre strictement les recommandations CIRTACI car il y a des contradictions avec celles-ci malgré certains auteurs communs.

1. Comité Interdisciplinaire de Recherche et de Travail sur les Agents de Contraste en Imagerie

b. Une seconde est spécifique aux indications en neuro-radiologie et concerne 10 situations pratiques : accident vasculaire cérébral, hémorragie intracérébrale, thrombose veineuse intracérébrale, SEP, céphalées chroniques, infections cérébrales, tumeurs cérébrales intra-axiales, tumeurs cérébrales extra-axiales, schwannomes vestibulaires, adénomes hypophysaires.

IV. GADOLINIUM ET ENVIRONNEMENT

a. Les publications sur l'impact environnemental de l'utilisation du gadolinium sont de plus en plus nombreuses. Le gadolinium éliminé par voie urinaire n'est pas filtré dans les stations d'épuration (comme la plupart des médicaments d'ailleurs) et se retrouve dans le milieu naturel aquatique par exemple et dans l'eau du robinet. Ainsi, une équipe de recherche a retrouvé une augmentation de la concentration de gadolinium dans les coquilles Saint-Jacques de la baie de Brest en relation proportionnelle avec le nombre d'examen IRM de la région. À ce stade, aucune conséquence néfaste n'a été constatée mais les effets chroniques indésirables du gadolinium, comme les dépôts intra-cérébraux par exemple, incitent à la réflexion et à la prudence car personne ne connaît les conséquences de la présence des différentes formes de gadolinium dans la nature.

V. GADOLINIUM ET GÉNÉRIQUES

a. L'acide gadotérique est disponible en France sous le nom Dotarem (laboratoire Guerbet).

b. Deux génériques existent en France et possèdent une autorisation de mise sur le marché. L'un est commercialisé par le laboratoire General Electric sous la marque Clariscan. L'autre est détenu par le laboratoire Guerbet mais non commercialisé à ce jour.

c. Les règles d'utilisation des génériques ont été modifiées au 1^{er} janvier ce qui est rappelé dans les recommandations CIRTACI mais malheureusement non appliquées systématiquement, les pharmaciens semblant subir différentes pressions. Le caractère non substituable ne peut pas s'appliquer dans le cas du Dotarem en dehors de l'enfant de moins de 6 mois et que la présence d'un kit d'injection



spécifique n'est pas un motif de substitution car les règles sont fondées sur le produit et pas son environnement. Au total, la non application, illégale, de ces règles est un coût injustifié pour le patient (qui n'est remboursé que sur la base du générique et doit avancer les frais), la CPAM² et finalement les radiologues (non réévaluation des actes ou décotes puisque le contrat avec les caisses n'est pas respecté). Ainsi la traduction de « non substituable » en langage radiologique est « non revalorisable ».

VI. UTILISATION MULTIPATIENS

a. L'utilisation multipatients des médicaments injectables quels qu'ils soient n'est pas autorisée réglementairement en France sans données scientifiques probantes connues à ce jour pouvant étayer ce règlement.

b. Dans de nombreux pays y compris européens (Belgique, Allemagne, Suisse par exemple) cette possibilité existe et tous les laboratoires possèdent des présentations adaptées : poche de 500 ml pour les produits de contraste iodé, utilisables sur les injecteurs disponibles en France puisque identiques à ceux utilisés ailleurs dans le monde.

c. Les produits gadolinés étaient un peu à l'écart de cette pratique mais ceci est en train de changer. Ainsi, Bayer a obtenu de la FDA³ l'autorisation de mise sur le marché américain du Gadovist en kit de 30 ml et 60 ml et Guerbet, en France, une autorisation de mise sur le marché pour son produit générique non commercialisé en présentation de 60 ml le 20 juillet 2020.

d. L'utilisation optimale et pragmatique des produits de contraste nécessiterait une mise à plat du sujet avec une argumentation scientifique compte tenu des pratiques dans d'autres pays où la sécurité médicamenteuse est au moins aussi bonne et importante qu'en France, voire meilleure, et de la disponibilité chez les quatre laboratoires implantés en France des kits nécessaires au moins pour les produits iodés.

VII. LES IMPURETÉS DE L'OXYDE DE GADOLINIUM

L'interview de Douraied Ben Salem (neuroradiologue) et Jean-Alix Barrat (géochimiste) par *Docteur Imago* n'est pas passée inaperçue. Les lecteurs radiologues de la revue *Talanta* étant *a priori* peu nombreux, on ne peut que remercier les journalistes de cette veille bibliographique. En résumé : à la suite d'un article paru dans la même revue par Vega *et al.* en août 2020, l'équipe de Brest qui

s'était déjà occupée des coquilles Saint-Jacques de la baie de Brest (cf. *supra*) et parfaitement équipée d'un spectromètre de masse à source de plasma a confirmé l'étude brésilienne et l'a étendue aux chélates de gadolinium disponibles sur le marché français (*Talanta*, janvier 2021). Aucun oxyde de gadolinium utilisé dans les produits de contraste n'est pur à 100%. Tous contiennent à des degrés divers, bien que toujours en très faibles quantités (et acceptées à ce jour par toutes agences du médicament dans le monde), d'autres terres rares que les procédés industriels actuels ne permettent pas d'éliminer. Ces résultats surprennent la communauté radiologique, non informée de ces éléments associés. En fait, aucun industriel (chinois à 90% ou autre) ne fournit d'oxyde de gadolinium pur à 100% aux laboratoires mais au mieux à 99,9999% et la liste des terres rares associées est disponible sur les sites de vente de gadolinium. Cette absence de pureté totale est donc parfaitement connue. Il paraît souhaitable que l'ANSM⁴ et l'agence européenne du médicament donnent rapidement un avis strictement scientifique argumenté sur le sujet, sans pollution ou « impureté » commerciale.

EN CONCLUSION

L'utilité des chélates de gadolinium n'est plus à démontrer ni leurs conséquences parfois néfastes.

Il s'agit de médicaments à utiliser uniquement à bon escient, au bon patient au bon moment pour une bonne raison. Toute autre utilisation n'est pas pertinente et doit être proscrite.

Le principe ALADA (As Low As Diagnostically Achievable) doit là encore guider l'utilisation des produits de contraste gadolinés.

Bibliographie

- 1) Journal of Neuroradiology. Consensus Guidelines of the French Society of Neuroradiology (SFNR) on the use of Gadolinium-Based Contrast agents (GBCAs) and related MRI protocols in Neuroradiology. F. Lersy, G. Boulouis, O. Clément, H. Desal, R. Anxionnat, J. Berge, C. Boutet, A. Kazémi, N. Pyatigorskaya, A. Lecler, S. Saleme, M. Edjlali-Goujon, B. Kerleroux, D. Ben Salem, S. Kremer, F. Cotton. Journal of Neuroradiology. November 2020, Vol 47, n° 6, p. 441-449. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0150986120301978>
- 2) M. Liu. Lifecycle of Gadolinium-Based Contrast Agents. Journal of Magnetic Resonance Imaging. 2021. On line Early view
- 3) <https://docteurimago.fr/actualites/notre-etude-montre-des-traces-dimpuretes-dans-certains-produits-gadolines/>
- 4) Determination of rare earth elements in gadolinium-based contrast agents by ICP-MS. D. Ben Salem, J.-A. Barrat. Talanta. Vol 221, 1 January 2021, 121589 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167636920394011>
- 5) M. Veiga, P. Mattiazzi, J.S. de Gois, P.C. Nascimento, D.L.G. Borges, D. Bohrer. Presence of other rare earth metals in gadolinium-based contrast agents. Talanta, 216 (2020), Article 120940, 10.1016/j.talanta.2020.120940
- 6) <https://www.xingluchemical.com/buy-gadolinium-oxide-for-making-phosphors-with-great-price-products/>
- 7) <https://french.alibaba.com/product-detail/high-purity-gadolinium-oxide-gd2o3-cas-no-12064-62-9-60621773911.html>
- 8) Cost-Minimization Analysis of Multidose and Single-Dose Packaging of Contrast Media for Contrast-Enhanced CT: Results From Real-World Data in China. Wei Y, He Z, Zhang C, Ming J, Fan Z, Ma F, Shi L. AJR Am J Roentgenol. 2020 Jul;215(1):5-14.

2. Caisse Primaire d'Assurance Maladie

3. Food and Drug Administration

4. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé



OPTIMISATION DES INJECTIONS DE PRODUITS DE CONTRASTE GADOLINES EN IRM

Nous publions un extrait de la fiche SFR CIRTACI :
OPTIMISATION DES INJECTIONS DE PRODUITS DE CONTRASTE GADOLINES EN IRM

DOSES CLINIQUES

Le principe ALADA (As Low As Diagnostically Achievable) instauré pour la radioprotection doit aussi être appliqué aux chélates de gadolinium en raison des risques potentiels mais inconnus liés en particulier aux dépôts de gadolinium.

1. Macrocycliques/non spécifiques (acide gadotérique, gadobutrol, gadotéridol)

La dose clinique est de **0,1 mmol/kg**.
Soit, en volume :

- Pour les produits concentrés à 0,5 mmol/ml : **0,2 ml/kg**
- Pour le produit molaire (1 mmol/ml) : **0,1 ml/kg**

Une **demi dose** peut être injectée dans certaines indications cliniques :

- exploration de tumeur extra axiale de grande taille (méningiome, neurinome),
- recherche et exploration de tumeur hypophysaire.

Une **deuxième dose (0,1 mmol/kg)** est rarement nécessaire dans certaines indications cliniques :

- angiographie par résonance magnétique et IRM cardiaque,
- prise en charge d'un patient suspect d'AVC dans l'objectif d'une thrombolyse

et/ou thrombectomie, où une perfusion de premier passage peut être suivie d'une angio IRM des TSA. Mais dans la mesure du possible une des deux techniques sera remplacée par une séquence ne nécessitant pas d'injection (ASL, 3D TOF).

Attendre au moins 7 jours entre deux injections de chélates de gadolinium chez le nouveau-né, le nourrisson de moins de 1 an et le patient en insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/kg/1,73 m²).

2. Hépto-spécifique (acide gadobénique)

La dose clinique est de **0,05 mmol/kg**.

L'acquisition des images est dynamique après injection du produit de contraste, comme les macrocycliques : temps artériel, portal, tardif (5-7 minutes). La phase hépatocytaire, caractérisée par une captation par les hépatocytes normaux et une excrétion biliaire du produit de contraste gadoliné est obtenue entre 40 et 120 minutes.

ADÉQUATION DOSE CONDITIONNEMENT PAR PATIENT

La dose étant toujours calculée **par rapport au poids du patient**, il est important de moduler la prescription lors du rendez-vous pour éviter le gaspillage du fond de flacon non utilisé.

Tableau 3- Volume (ml) de produit de contraste **macrocyclique** (dose clinique 0,1 mmol/kg) à injecter en fonction du poids du patient et de la concentration de 0,5 ou 1 mmol/ml.

| Poids (kg) | Dose (mmol/kg) | Concentration (mmol/ml) | | |
|------------|----------------|-------------------------|-------------|------------------------|
| | 0,1 | Ac. gadotérique | Gadotéridol | Gadobutrol |
| | | Quantité (mmol) | 0,5 mmol/ml | |
| | | Volume à injecter (ml) | | Volume à injecter (ml) |
| 50 | 5 | 10 | | 5 |
| 55 | 5,5 | 11 | | 5,5 |
| 60 | 6 | 12 | | 6 |
| 65 | 6,5 | 13 | | 6,5 |
| 70 | 7 | 14 | | 7 |
| 75 | 7,5 | 15 | | 7,5 |
| 80 | 8 | 16 | | 8 |
| 85 | 8,5 | 17 | | 8,5 |
| 90 | 9 | 18 | | 9 |
| 95 | 9,5 | 19 | | 9,5 |
| 100 | 10 | 20 | | 10 |

Tableau 4- Volume (ml) de produit de contraste **hépatospcifique** (dose clinique 0,05 mmol/kg) à injecter en fonction du poids du patient et de la concentration de 0,5 mmol/ml.

| Poids (kg) | Dose (mmol/kg) | Concentration (mmol/ml) |
|------------|-----------------|-------------------------|
| | 0,05 | 0,5 |
| | Quantité (mmol) | Volume à injecter (ml) |
| 50 | 2,5 | 5 |
| 55 | 2,75 | 5,5 |
| 60 | 3 | 6 |
| 65 | 3,25 | 6,5 |
| 70 | 3,5 | 7 |
| 75 | 3,75 | 7,5 |
| 80 | 4 | 8 |
| 85 | 4,25 | 8,5 |
| 90 | 4,5 | 9 |
| 95 | 4,75 | 9,5 |
| 100 | 5 | 10 |

Une solution pratique peut consister à donner une ordonnance unique avec une prescription de contraste en fonction du poids laissant le pharmacien délivrer le bon conditionnement.

Par exemple :

« PRODUIT GADOLINE » :
un flacon pour une dose de
0,1 mmol/kg

Coopération public-privé pour les appareils d'imagerie

Étude comparative GIE – GCS



M^e Marie-Christine DELUC
Avocat associé
Cabinet Auber

Une grande liberté de choix des structures d'exploitation en commun entre un hôpital public et des professionnels libéraux sont permises :

- Groupement de Coopération Sanitaire – GCS
- Groupement d'Intérêt Économique – GIE
- Groupement d'Intérêt Public – GIP
- Convention

Le présent article a pour seul but de comparer les deux groupements de coopération que sont le GIE et le GCS afin de permettre aux médecins libéraux d'être plus éclairés dans leur choix. En effet, la convention est un contrat dont les clauses sont négociées de gré à gré, sans environnement juridique par trop contraignant, et le GIP est peu utilisé car plus lourd dans son fonctionnement et moins adapté à une coopération relative aux soins.

S'agissant du GCS, il est rappelé les termes de l'article L 6133-3 du Code de la santé publique (CSP) qui dispose :

« I. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive, signée par l'ensemble de ses membres, est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral.

2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé.

Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.

Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'État.

II. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.»

« Il est désormais impossible de créer des GCS de droit privé lorsqu'une personne morale de droit public et des professionnels de santé libéraux se regroupent »

Ainsi, il est désormais **impossible** de créer des GCS de droit privé lorsqu'une personne morale de droit public et des professionnels de santé libéraux se regroupent ensemble pour coopérer.

Ce premier constat entraîne des obligations majeures qui font la différence entre GIE et GCS :

- La **soumission du GCS aux règles de la comptabilité publique** et l'obligation d'être doté d'un agent comptable public nommé par arrêté du ministre en charge du budget (L 6133 – 5 et R 6133-4 du CSP).

- Il n'est pas possible de répartir le résultat excédentaire du GCS entre les membres ; les résultats doivent être obligatoirement affectés lors de la clôture de l'exercice.

- L'obligation de recourir aux marchés publics pour l'achat du matériel et ce, en vertu de l'article 10 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.



• Sur l'intervention des médecins libéraux
Outre la participation des médecins libéraux à la permanence des soins prévue généralement dans les deux types de structures, le GCS peut permettre à l'hôpital d'imposer aux médecins libéraux d'intervenir auprès des patients hospitaliers, non plus seulement sur leurs vacations, mais également sur les vacations de l'hôpital. Les praticiens ne sont plus alors rémunérés par la Caisse d'Assurance maladie mais par l'hôpital en vertu d'un contrat spécifique conclu entre l'établissement et le médecin libéral.

Dans le cadre d'un GIE, le praticien libéral n'intervient auprès des patients hospitaliers que sur ses vacations et si sa rémunération à l'acte est encadrée puisqu'elle doit être exclusivement basée sur les tarifs des honoraires définis par les conventions nationales. Il perçoit ses honoraires directement de la caisse. Il peut être prévu une rémunération forfaitaire pour la permanence des soins.

Dans le cadre du GIE, le praticien libéral peut aussi intervenir sur les vacations de l'hôpital mais à condition de conclure un contrat de participation aux soins (article L 6146-2 du CSP) qui prévoira une redevance pour rémunérer les moyens humains et matériels mis à sa disposition. Pour les GCS exclusivement, des modalités de suivi de l'activité des professionnels médicaux libéraux, le nombre maximum de périodes de permanence de soins assurée par les médecins libéraux, doivent être expressément précisées.

Ces différences font que **le recours à un GCS de moyens est désormais plus problématique pour les professionnels de santé libéraux, mais également pour les hôpitaux car la lourdeur administrative peut également constituer un obstacle pour ces derniers.**

Sous ces observations fondamentales, il convient de noter que les statuts tant d'un GCS que d'un GIE ont une grande liberté de rédaction et que les conventions peuvent être sensiblement les mêmes au titre :

- De la gouvernance (assemblées générales et gérance).
- De l'adhésion.
- Du retrait d'un membre.
- Des droits et obligations des membres qui doivent, dans l'un et l'autre cas, prévoir que les droits statutaires des membres sont proportionnels à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement et l'engagement des membres à participer activement aux objectifs du GCS ou du GIE et enfin, la possibilité, dans les GCS, de se voir proposer des missions complémentaires visant au bon fonctionnement du GCS, ce qui n'est pas le cas dans le GIE où tout doit être renégocié ;

la responsabilité des dettes du groupement à proportion de la contribution des membres au capital social.

- De la responsabilité et des assurances.
 - Du fonctionnement : Description des modalités de la coopération entre les professionnels et l'hôpital.
 - Des modalités de mise à disposition des biens.
 - Des modalités d'intervention des personnels :
- Dans le GCS, le personnel hospitalier peut être mis à la disposition du groupement, il ne s'agit que d'un prolongement de son activité.

« Dans le cadre du GIE, le praticien libéral peut aussi intervenir sur les vacations de l'hôpital mais à condition de conclure un contrat de participation aux soins qui prévoira une redevance »

Dans le GIE, le personnel hospitalier peut, aux termes de l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des GCS, également être mis à la disposition du Groupement.

Les salariés des médecins libéraux peuvent également être mis à la disposition du Groupement, dans le cadre d'un prêt de main d'œuvre qui est très encadré par la loi (article 8241-2 du Code du travail) et doit correspondre à une tâche préalablement et clairement définie.

Dans les deux cas, la mise à disposition d'un personnel public ou privé, à un GIE ou à un GCS, ne doit pas avoir un but lucratif et doit donc être faite au prix coûtant sans marge et correspond à des charges de la structure.

Enfin le GCS et le GIE peuvent recruter directement du personnel, lequel pourra avoir un statut différent selon le cas :

- Modalités de rémunération des membres : Le forfait technique est perçu par la structure mais, une fois apurées les charges, le surplus est reversé au membre qui l'a généré. Les membres perçoivent directement la rémunération de leurs actes intellectuels respectifs réalisés sur les patients externes ou hospitalisés.
- Dissolution de la structure.

En conclusion

Pour les médecins libéraux, la structure du GCS est beaucoup plus contraignante en termes de gestion courante (comptabilité publique – marchés publics) et d'obligations et le GIE devra être préféré.



Dr Christian FORTEL,
Médecin radiologue



Maître Thibaud VIDAL,
Cabinet CHOLEY & VIDAL Avocats

Pour répondre
à ces questions,
nous avons interrogé
Maître Thibaud VIDAL,
avocat spécialiste,
conseil auprès
de la FNMR.

Conduite à tenir EN CAS DE PERSONNELS COVID-19

Nombre de radiologues libéraux s'interrogent sur la conduite à tenir vis-à-vis de leurs collaborateurs dans les situations les plus diverses qu'ils peuvent rencontrer actuellement dans le cadre de l'épidémie à coronavirus en phase de recrudescence.

- Que faire si un de mes associés est personne « cas contact » ?
- Que faire si c'est l'un de mes collaborateurs, manipulateur ou secrétaire ?
- Est-il réellement cas contact ?
- Doit-il s'isoler ? pour combien de temps ? peut-il continuer à travailler ?
- Peut-il exercer un droit de retrait ?
- Comment gérer les collaborateurs selon qu'ils sont ou non symptomatiques ?
- Quand réaliser un test biologique ?
- Dans quelles situations peuvent-ils bénéficier d'un arrêt de travail ? ou du chômage partiel ? et pour quelle durée ?
- Quels sont les textes qui régissent notre conduite à tenir ? quelle est leur valeur légale ?
- Dans quelle mesure notre responsabilité peut-elle être engagée ?

Les éléments de réponse à ces questions s'appuient sur le protocole national publié par l'Agence Nationale pour la Santé, prévoyant la procédure sanitaire à suivre en cas de contact avec une personne identifiée comme positive au Covid-19.

La lecture de ce protocole doit être complétée par celle du protocole national sanitaire sur le traitement du Covid-19 en entreprise, en place depuis le 1^{er} septembre 2020.

A/ CONCERNANT LES SALARIÉS CONSIDÉRÉS COMME « CAS-CONTACTS »

1. À titre liminaire, sur la valeur obligatoire des protocoles sanitaires

En premier lieu, il convient d'évoquer le flou existant sur la valeur normative de ces protocoles.

En effet, si, en principe, ces textes n'ont pas de valeur législative ou réglementaire, il n'en demeure pas moins que certaines de leurs dispositions peuvent être revêtues

d'un caractère impératif (Conseil d'État, 7 octobre 2009, Assemblée Permanente des Chambres de Métiers, n° 314747).

C'est le cas, notamment, des dispositions relatives au port du masque obligatoire, leur caractère impératif étant explicité par la mention « obligatoire ».

Toutefois, le défaut de caractère impératif de certaines dispositions de ces protocoles ne les prive pas, pour autant, de toute portée. Ces protocoles peuvent donc parfaitement servir à l'interprétation de toute autorité de contrôle.

Ainsi, à titre d'exemple, les inspecteurs du travail, ou des salariés en litige prud'homal peuvent se fonder sur ces protocoles pour apprécier le respect des mesures de protection dans l'entreprise, et ce, afin de mettre en cause la responsabilité d'un employeur au regard de son obligation de résultat de sécurité à l'égard des employés.

2. Sur la définition des personnes « cas-contact »

Pour rappel, le « cas-contact » est la personne qui a été mise en contact avec une personne positive au Covid-19, ou présentant des symptômes du virus, durant plus de **quinze minutes** et à une distance de **moins d'un mètre**, et **sans protection adéquate**.

3. Sur les mesures à prendre en présence d'une personne « cas-contact »

Lorsque le « cas-contact » vit sous le même toit qu'une personne infectée, il doit réaliser immédiatement un test, et le reproduire tous les 7 jours.

À l'inverse, si le « cas-contact » ne vit pas sous le même toit qu'une personne infectée, un test doit être réalisé **7 jours après** le contact, ou, après que la personne avec qui il a été en contact ait été positive, et **pas**

avant, au risque de fausser le résultat. Les frais de test sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.

Dans l'attente du résultat, le « cas-contact » doit s'isoler et rester chez lui.

Un arrêt de travail peut ainsi être délivré directement par l'Assurance maladie, à l'aide de nouvelles démarches en ligne.

Le protocole prévoit que cet isolement doit être mis en place, y compris si le « cas-contact » est asymptomatique.

La durée de cet arrêt maladie est déterminée par le résultat des tests :

- Si le test est négatif, la personne peut reprendre son activité, sous réserve de ne présenter aucun symptôme.
- Si le test est positif, la personne doit rester en arrêt maladie jusqu'à sa guérison, et refaire un test tous les 7 jours si elle est asymptomatique.

En tout état de cause, nous attirons votre attention sur le fait que, depuis le 11 juillet 2020, le délai de carence est applicable aux « cas-contact » placés en arrêt maladie et dans l'attente des résultats de leur test.

4. Sur l'existence d'une obligation pour l'employeur d'isoler une personne « cas-contact », et la possibilité de contester son arrêt de travail à ce titre

Comme nous l'avons évoqué précédemment, **la valeur normative des protocoles en place est dépendante du caractère impératif de la rédaction de ses dispositions**.

Ce caractère impératif ne semble toutefois pas s'étendre aux dispositions relatives à l'isolement des « cas-contact ».

Ainsi, outre le fait que les mesures prescrites s'intègrent dans la stratégie nationale de lutte contre l'épidémie, l'employeur ne semble tenu de faire isoler le « cas-contact »

qu'en vertu de son obligation d'assurer la sécurité de ses employés au sein de son entreprise.

Dès lors, **dans l'hypothèse où les mesures de protection seraient suffisantes pour garantir la sécurité des autres employés que le « cas-contact », il est difficile de dégager une obligation « de principe » de l'employeur de procéder à son isolement.**

Ce régime fait donc écho à celui du droit de retrait, tel qu'évoqué dans le chapitre traitant de ce sujet.

Il en résulte que, selon les circonstances, l'obligation d'isolement ne peut peser que sur le « cas-contact » lui-même.

En tout état de cause, il n'appartient qu'à lui de procéder aux démarches relatives à la mise en place de son arrêt de travail.

Par ailleurs, le régime de cet arrêt de travail, outre sa spécificité tenant au fait qu'il peut être délivré par l'Assurance maladie, n'est pas différent de celui des autres arrêts de travail.

« Le salarié infecté doit alors rester chez lui jusqu'à la disparition complète de ses symptômes. »

Il peut donc être mis en cause par l'employeur qui estimerait qu'il ne serait pas justifié, selon les procédures de droit commun, dont les chances de réussite semblent toutefois faibles en principe, compte-tenu du contexte épidémiologique actuel, de la nature préventive de cet arrêt de travail et de la difficulté à démontrer que son employé ne serait pas réellement un « cas-contact ».

B/ CONCERNANT LE CAS DES SALARIÉS ET ASSOCIÉS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DU COVID-19, OU ÉTANT ATTEINTS

Lorsqu'un salarié présente des symptômes du Covid-19, le protocole national présente la marche à suivre, afin qu'il soit renvoyé chez lui pour éviter la propagation de la maladie.

Le salarié infecté doit alors rester chez lui jusqu'à la disparition complète de ses symptômes.

Cette démarche doit naturellement être étendue aux associés, lesquels sont, au demeurant, responsables de la santé de leurs employés sur leur lieu de travail.

C/ CONCERNANT LES « CAS-CONTACT » EN CHÔMAGE PARTIEL

Si le bénéficiaire du chômage-partiel a pris fin le 6 juillet 2020, et ne bénéficiant plus qu'aux seules personnes « vulnérables » depuis, le ministère de la Santé l'a réactivé, par un communiqué du 9 septembre dernier, et avec effet à compter du 1^{er} septembre, au seul bénéfice des parents :

- dont l'établissement scolaire de l'enfant a été fermé,
- d'enfants positifs au Covid-19, ou qui ont eux-mêmes été identifiés par l'Assurance maladie comme étant des « cas-contact », et qui se trouvent dans l'impossibilité de travailler en télétravail.

Ainsi, ces parents peuvent bénéficier d'un revenu de remplacement, dès le premier jour de leur arrêt de travail, et au plus tard jusqu'à la fin de la période d'isolement.

Ils doivent pour cela produire un justificatif adéquat, soit un certificat de fermeture de l'établissement scolaire, soit un certificat de « cas-contact » de l'enfant.

Toutefois, le bénéfice de ce chômage partiel ne peut profiter qu'à un seul parent par foyer, y compris lorsque les deux sont dans l'impossibilité de télétravailler.

D/ CONCERNANT LE DROIT DE RETRAIT DES SALARIÉS EN CABINET MÉDICAL

S'il est vrai que la question du droit de retrait prévu à l'article L.4131-1 et suivant du code du travail est revenue à la mode dans le contexte sanitaire actuel, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas vocation à être mis en œuvre à la légère.

En effet, cet article prévoit que le droit de retrait est conditionné par l'existence d'un motif raisonnable pour le salarié de craindre un danger **grave et imminent** pour sa vie ou sa santé, ou qu'il constate une défectuosité dans le système de protection.

Si, en l'état, aucune jurisprudence n'est venue fixer le régime applicable au droit de retrait des personnels des cabinets médicaux privés face au Covid-19, il y est cependant communément admis que, tant que les mesures de protection sanitaire prévues à l'annexe n°9 du protocole sanitaire national sont respectées, alors le droit de retrait des salariés concernés ne saurait être valablement mis en œuvre.

En effet, **le seul risque qu'ils puissent être contaminés par le Covid-19 n'est pas de nature à justifier leur retrait.**

Celui-ci pourrait, à l'inverse, être justifié dans les hypothèses où :

- Le salarié démontrerait l'existence d'une défaillance dans le système de protection précité, telle que le non-respect des mesures de distanciation sociale, de désinfection des lieux, ou une pénurie de masques par exemple.

- Le salarié démontrerait qu'il présente une fragilité spécifique pouvant laisser craindre des répercussions particulièrement graves sur sa santé, voire sur sa vie.

À défaut, tout droit de retrait injustifié est susceptible de constituer un abandon de poste.

« Le droit de retrait est conditionné par l'existence d'un motif raisonnable pour le salarié de craindre un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, ou qu'il constate une défectuosité dans le système de protection. »

Il en va de même pour la prise en charge des patients atteints du Covid-19 : tant que des mesures de protection précitées sont en place pour limiter au maximum le risque de contamination, un salarié manipulateur ne pourra valablement refuser de prendre en charge un patient Covid-19.

Enfin, il convient de rappeler que, pour **les associés du cabinet**, la question du droit de retrait ne se pose pas en ces termes, puisqu'ils **sont libres de quitter le cabinet selon leur propre choix.**

Toutefois, **cette liberté de s'isoler est nécessairement limitée par leur obligation déontologique de continuité des soins.**

EN CONCLUSION

Les réponses apportées par le législateur nous éclairent sur nombre de questions. En pratique, nos structures quand elles le permettent s'appuient sur le travail relayé par les directeurs des relations humaines, et par celui du médecin du travail et du médecin traitant selon les cas.

Retenons que la situation face à cette épidémie est sujette à des évolutions nous obligeant à rester attentifs aux derniers protocoles publiés, qui, même s'ils n'ont

pas de valeur législative, nous exposent pour autant face à notre responsabilité en qualité d'employeur.

Ce qu'il faut retenir

- **Votre salarié est déclaré**

- **« cas-contact » et asymptomatique**

Il doit réaliser le test biologique et rester en isolement jusqu'au résultat. Si celui-ci revient négatif et qu'il reste asymptomatique, il peut reprendre son travail, sinon il attendra la guérison et refera un nouveau test.

- **Votre salarié est symptomatique au Covid**

Il se teste et reste en isolement jusqu'à disparition des symptômes.

Toute personne, salariée ou associée, présentant des symptômes du Covid-19, ou qui est testée positive au virus, doit être isolée et doit rentrer chez elle en application des mesures prévues par le protocole national.

- **Concernant vos associés**

Les médecins associés demeurent libres de s'isoler, dans la limite du respect du principe de continuité des soins.

- **Le chômage partiel**

Concerne un des parents d'un enfant « cas-contact » ou dont l'établissement scolaire ferme.

- **Sur le droit de retrait**

Les salariés des cabinets médicaux ne peuvent exercer leur droit de retrait, ou refuser de prendre en charge un patient Covid-19, que sous réserve qu'ils démontrent l'existence d'une défaillance dans le système de protection prévu à l'annexe 9 du protocole sanitaire national, ou qu'ils démontrent présenter une fragilité spécifique qui les exposerait à des conséquences d'une gravité particulière en cas de contamination par le virus.

Références

- Protocole national publié par l'Agence Nationale pour la Santé
- Protocole national sanitaire sur le traitement du Covid-19 en entreprise

Docteur Raymond DAMASIO

Nous venons d'apprendre le décès du Docteur Raymond DAMASIO, médecin radiologue retraité à Paris (75) À sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Bureau FNMR

Le Syndicat départemental de Seine-et-Marne a procédé à la nomination de son :

Trésorier : **Dr Karim BELATTAR** – Melun

Petites annonces

ASSOCIATION

10930 11 CHERCHE ASSOCIÉ Carcassonne, Limoux, Quillan, Mazamet (Tarn). SELARL 19 associés recherche associé. Radio interv, écho, mammothome, cone beam, 3 scanners, 3 IRM, téléradio, etc.

> **Contact : Dr Jean-Baptiste BAUDE :**
Email : jbbaude@yahoo.fr - 06 70 72 02 54

Directrice administrative : Mme FOULQUIER,
f.foulquier@radiologie-tdi.fr

- Vous pouvez consulter les annonces sur le site Internet de la FNMR : www.fnmr.org
- Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent

REMPLAÇANT

10931 83 CHERCHE REMPLAÇANT(E) Saint-Tropez - 2 cabinets/clinique. Activité polyvalente : radio conv, séno, écho, TDM/IRM. Matériel et locaux récents. Logement disponible.

> **Contact : Dr François-Xavier CHANSEL :**
Email : francoisxc@gmail.com - 06 16 54 20 03

Publi-rédactionnel

LE RÉFÉRENTIEL LABELIX**S'ADAPTE AUX NOUVELLES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES !**

L'environnement réglementaire de l'imagerie a vécu de nombreux changements en peu de temps... Afin d'aider au mieux les centres d'imagerie, le référentiel LABELIX a été révisé en intégrant ces nouveautés au sein de ses 10 chapitres.

Quelles sont les principales évolutions ?

Tout d'abord, l'intégration des articles de la décision ASN n°2019-DC-0660 fixant les obligations d'assurance qualité en imagerie médicale. Ces exigences sont réparties dans les différents chapitres du référentiel LABELIX en fonction de la thématique : la cartographie des risques a priori (exigée par le Code de la santé publique), l'organisation du Retour d'Expériences, l'analyse systémique des événements indésirables sans oublier l'habilitation des professionnels.

De plus, le chapitre 6 traitant de la radioprotection et de la magnétoprotection tient également compte des modifications réglementaires édictées dans les décrets du 4 juin 2018 pour la radioprotection et de celui du 3 août 2016 pour la magnétoprotection.

Dans le chapitre 4 relatif à l'hygiène, la mise à jour appuie spécifiquement sur la désinfection des sondes endocavitaires. Il est rappelé que les dernières recommandations du ministère de la santé prévoient une désinfection intermédiaire de ce type de dispositif.

La quatrième grande évolution concerne la Qualité de Vie au Travail. Il s'agit d'un sujet d'actualité. Dans sa version 2019, le référentiel LABELIX demande aux cabinets d'imagerie de faire de cette thématique une préoccupation de ses dirigeants.

Enfin, le comité LABELIX a souhaité ouvrir une thématique sur le développement durable. Cette exigence est facultative mais permet d'initier des discussions sur ce sujet pour lequel notre impact est plus que jamais déterminant !

Virginie MOTTE - Bioconsultant

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche qualité Labelix, pour vos patients, vos équipes, vos structures.

Si vous n'êtes pas encore labellisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org



CONTACTEZ-NOUS

LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

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

Cytoponction et micro-biopsie thyroïdienne

Technique

d'échoguidage



Dr Jean Tramalloni
Médecin radiologue libéral

SESSION DE FORMATION EN LIGNE

1. Connaître les bases anatomopathologiques des tumeurs thyroïdiennes
2. Connaître les catégories cytologiques selon le système de Bethesda
3. Rappeler les indications de cytoponction des nodules thyroïdiens
4. Connaître le déroulement d'une cytoponction échoguidée, ses indications et ses contre-indications
5. Savoir interpréter les résultats cytologiques et savoir quand proposer un contrôle cytologique ou une vérification histologique
6. Connaître les indications et contre-indications de la micro-biopsie ainsi que sa technique précise
7. Identifier les structures anatomiques dangereuses, les repérer préalablement pour les éviter
8. Connaître la technique de l'anesthésie locale en deux temps
9. Connaître les nouveaux outils de diagnostic immunohistochimiques et de biologie moléculaire

Frais d'inscription : 229 €

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

forcomed.fr |  |  | 

 **FORCOMED**

LA RÉFÉRENCE DES FORMATIONS
EN RADIOLOGIE