

Le Médecin Radiologue libéral

#452 | Février 2022

le journal de la



RÉFORMES



TÉMOIGNAGE

THIERRY BECHU

DIRECTEUR GÉNÉRAL FHP

fnmr.org



LA FNMR J'ADHÈRE !

5 bonnes raisons

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

1 L'union fait la force.

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

2 L'indépendance.

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

3 L'équipement d'imagerie médicale.

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

4 Le dépistage du cancer du sein.

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

La téléradiologie et l'intelligence artificielle.

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

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



2022 UNE ANNÉE DE RÉFORMES EN RADIOLOGIE



**NOS PATIENTS
ONT BESOIN
D'UNE ÉQUIPE
MÉDICALE
QUALIFIÉE DE
HAUT NIVEAU,
ET NON
« D'OFFICIERS
DE SANTÉ
NAPOLÉONIENS »**

Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR.

Cette année qui débute voit l'aboutissement de plusieurs « chantiers » ouverts pour la plupart il y a plusieurs années. Un autre apparaît en ce début d'année : **la refonte de la CCAM**, énorme quant à son volume de travail et aux risques pour notre spécialité.

Une nouvelle « réforme » est la création par l'Autorité de Sûreté Nucléaire, le gendarme de nos installations, **d'une commission de sanctions pour les centres d'imagerie et industriels de l'activité nucléaire ne respectant pas les obligations réglementaires**. Le groupe radioprotection de la FNMR analyse le texte et vous informera plus précisément prochainement.

Autre sujet nous concernant, les manipulateurs. Le 31 décembre, le Conseil National Professionnel des manipulateurs nous a informés, au travers du G4, avoir adressé un courrier au ministre de la santé pour « mettre en place **la pratique avancée en électroradiologie médicale** » assorti de la demande d'ouverture d'un « dialogue tarifaire ». Un autre document était transmis : celui d'une réunion avec la Direction Générale de l'Offre de Soins où le CNP rajoutait des demandes sur la coopération ou la délégation avec les manipulateurs. Les demandes formulées sont délirantes. Vous les trouverez en détail dans la revue page 26.

Si les radiologues ne sont pas opposés aux délégations de tâches, en revanche il ne saurait être question de transfert de compétence, celle-ci ne s'acquérant que par une formation, sanctionnée pour la capacité de poser un diagnostic par le diplôme de docteur en médecine. En outre, le nombre de manipulateurs, notoirement insuffisant, ne permet déjà pas de répondre aux besoins d'acquisition des images, première des fonctions des manipulateurs.

Une telle prise de position est totalement inacceptable de la part d'un CNP qui ferait mieux de tout faire pour proposer des solutions pour augmenter le nombre de manipulateurs.

Nos patients ont besoin d'une équipe médicale qualifiée de haut niveau, et non « d'officiers de santé napoléoniens », pour leur garantir la meilleure prise en charge. ●

14

FINANCEMENT DES URGENCES : RÉFORME OU RÉVOLUTION ?

LES REFORMES : URGENCE



18

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

LES REFORMES : URGENCE



LA REVISION DE LA CCAM

LES REFORMES : CCAM



22

9

mon ESPACE SANTÉ

MON ESPACE SANTÉ OUVERT À TOUS LES USAGERS

LES REFORMES : URGENCE

20



LES PLATEAUX TECHNIQUES D'IMAGERIE DE PROXIMITÉ

LES REFORMES : AUTORISATIONS

RADIOLOGUES, STRUCTURES DE MOYENS ET INFECTIONS NOSOCOMIALES

JURIDIQUE

31



26 **ACTUALITÉ** MANIPULATEURS : UNE DANGEREUSE DÉRIVE DE FIN D'ANNÉE

28 **TRIBUNE** RADIOLOGIE 2030. QUEL AVENIR ?

34 **CULTURE** S.A.R.R.A., UNE CONSCIENCE ARTIFICIELLE : QUAND L'IA GÈRE LA CRISE

35 **ÉLECTIONS B UREAUX**

35 **PETITES ANNONCES**

ANNONCEURS : FORCOMED p.13

Le Médecin Radiologue libéral

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 00

www.fnmr.org - E-mail : ediradio@fnmr.org

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

PRÉSIDENT

Dr Jean-Philippe MASSON

RESPONSABLE DE LA PUBLICITÉ

Dr Eric CHAVIGNY

CONCEPTION MAQUETTE

Michael DEROCHE - Olivier RIVE

MAQUETTE

Olivier RIVE

CRÉDITS PHOTOS

iStockphoto

IMPRIMERIE DECOMBAT

5 bis rue Gustave Eiffel - 15000 AURILLAC

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022

ISSN 1631-1914

Agence de l'innovation en santé



Une nouvelle agence est créée pour structurer la filière dédiée au numérique pour la santé : PariSanté campus qui rassemblera cinq opérateurs publics, l'Inserm, l'Université PSL, l'Inria, le Health Data Hub, l'Agence du Numérique en Santé et des partenaires privés de la recherche et de l'innovation.

Actuellement, plus de 1 000 personnes sont présentes sur le site, pour un budget investi de 45 M€.

L'ASSEMBLÉE NATIONALE RECONNAÎT L'ENDOMÉTRIOSE COMME ALD.

Deux jours après la présentation de la stratégie nationale contre l'endométriose, l'Assemblée nationale a adopté, le 13 janvier à l'unanimité, la proposition, portée par La France Insoumise, de la reconnaître comme affection de longue durée (ALD). Il s'agit d'assurer une meilleure prise en charge de cette pathologie qui affecterait 1 femme sur 10 alors qu'actuellement seulement 4500 femmes sont reconnues en ALD chaque année. Un comité interministériel doit prochainement aborder la question.

2 ORAUX POUR LA PRÉSIDENTIELLE. Deux grands oraux des candidats à l'élection présidentielle pour faire de la santé et de la protection sociale des priorités du débat politique.

- Le 1^{er} mars, la Mutualité Française organise son grand oral en présence de plusieurs think tanks (Fondation Jean-Jaurès, Institut Montaigne, Terra Nova et Fondation pour l'innovation scientifique).
- Le 17 mars, c'est la FHF et 50 organisations du domaine de la santé qui prennent le relais en coordination avec l'Institut d'Études Politiques de Lille et l'École Supérieure du Journalisme.

20

PROPOSITIONS DE FRANCE ASSOS SANTÉ

France Assos Santé qui regroupe les associations de patients agréées, présentent 20 propositions à l'occasion de la campagne présidentielle.

Plusieurs de ces propositions sont largement partagées comme l'accès à l'innovation. Mais d'autres suscitent le débat :

- Privilégier une rémunération des professionnels de santé au forfait plutôt qu'à l'acte, pour favoriser l'accès aux soins de qualité et lutter contre les soins inutiles.
- Instaurer un régime unique de sécurité sociale qui prenne en charge à 100% toutes les dépenses de santé, sans diminution du panier de soins et avec suppression des dépassements d'honoraires.
- Réguler la répartition de tous les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire par une contrainte d'installation dans les zones sous-dotées, en fonction des besoins de la population.

LA MÉDECINE NUCLÉAIRE DEVIENT UNE ACTIVITÉ DE SOINS.

Un décret du 31 décembre 2021 instaure l'autorisation d'activité de soins pour la médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique. L'autorisation comporte une mention suivant le mode de préparation ou d'administration des médicaments radiopharmaceutiques. L'autorisation est accordée par site géographique. Elle ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'au moins une caméra à tomographie d'émission mono photonique ou une caméra à TEP. Décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire.



LE Pr DAVID AZRIA ÉLU PRÉSIDENT DE LA SFRO.

Le bureau national de la Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) a élu le 6 janvier son nouveau président, le Pr David Azria. La FNMR adresse au Président Azria et à son bureau ses félicitations pour leur élection.

LES RÉFORMES À VENIR EN 2022

2022 VA VOIR L'APPLICATION DE NOMBREUSES RÉFORMES CONCERNANT LA RADIOLOGIE : IMAGERIE EN COUPE CCAM, DMP, URGENCES. LE PRÉSIDENT DE LA FNMR, LE Dr JEAN-PHILIPPE MASSON A RÉPONDU À NOS QUESTIONS.



Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR

■ Le Médecin Radiologue Libéral : Comment la mise en place va retentir sur la radiologie libérale ?

Dr Jean-Philippe Masson : La réforme sur le régime des autorisations en imagerie en coupe est à l'étude depuis deux ans

Le principe de départ, retenu par le ministère, était de mettre en place **un régime d'autorisation à l'activité**.

Cette transformation était **logique pour la radiologie interventionnelle**, véritable activité médicale, mais beaucoup plus difficile à transposer sur l'imagerie en coupe.

Dans ce dernier cas, cela aurait nécessité de faire disparaître toutes les structures juridiques comme les GIE¹ ou les SCM², celles-ci ne pouvant pas être considérées comme des entités médicales, à la différence des SELARL³ ou des GCS⁴.

La réponse du ministère avait été alors d'enclencher la création de GCS ce que nous avons refusé en raison des règles juridiques de création de ces structures. En effet, lorsqu'une société de radiologie veut constituer un GCS avec un hôpital, le GCS devient de facto de droit public ce qui n'était pas acceptable.

Il s'en est suivi une série de réunions entre le groupe technique radiologique, et notamment de la FNMR, et le ministère pour trouver une solution.

Notre Fédération a notamment proposé la possibilité pour les centres d'imagerie de devenir établissements de santé avec, bien évidemment un statut adapté à l'activité radiologique.

■ MRL : Quelle solution a été retenue ?

JPM : Le ministère étant pressé de publier un décret, le travail sur le statut d'établissement de santé en radiologie n'a pas pu être mené à son terme. Il a donc été décidé de **conserver le statut actuel d'EML⁵ en assouplissant les règles d'obtention d'un équipement supplémentaire**, sans avoir à refaire une demande d'autorisation complète auprès de l'Agence Régionale de Santé. Le ministère a par ailleurs accepté de continuer les travaux sur la qualification en établissements de santé des centres de radiologie pouvant d'ailleurs être étendue à d'autres spécialités comme la médecine nucléaire, l'anatomopathologie ou la radiothérapie. Le décret, non encore paru, est dans sa phase de concertation active entre les différents acteurs.

■ MRL : Donc, globalement, vous êtes satisfaits ?

JPM : Oui et non. Nous avons, certes évité le risque des GCS mais nous n'avons pas pu obtenir que l'autorisation soit donnée une équipe médicale. Le ministère reste bloqué sur la notion de site géographique. Nous attendons donc avec impatience le projet de décret qui devrait nous être transmis prochainement.

■ MRL : La réforme de la CCAM⁶ a été annoncée l'année dernière et semble s'engager. Qu'en pensez-vous ?

JPM : Il s'agit d'un chantier très important que nous réclamions depuis longtemps.

(1) Groupement d'Intérêt Economique

(2) Société Civile de Moyens

(3) Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée

(4) Groupement de Coopération Sanitaire

(5) Équipement Matériel Lourd

(6) Classification Commune des Actes Médicaux



« LE MINISTÈRE A PAR AILLEURS ACCEPTÉ DE CONTINUER LES TRAVAUX SUR LA QUALIFICATION EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DES CENTRES DE RADIOLOGIE POUVANT D'AILLEURS ÊTRE ÉTENDUE À D'AUTRES SPÉCIALITÉS »

Il faut rappeler que la **CCAM définit la tarification des actes réalisés** et qu'elle comporte d'une part un taux de charge et d'autre part la valeur intrinsèque de l'acte intellectuel réalisé par le médecin. Le taux de charge, qui devait être réévalué régulièrement, ne l'a jamais été depuis la création de cette nomenclature au début des années 2000. De nombreux nouveaux actes radiologiques existent et si certains sont reconnus par la nomenclature, la plupart n'ont pas de valeur monétaire associée, notamment en radiologie interventionnelle.

Ce qui nous préoccupe plus, c'est l'organisation de cette réforme.

■ MRL : Qu'entendez-vous par là ?

JPM : La réforme est pilotée par le Haut Conseil de la Nomenclature composée à parité de médecins libéraux et hospitaliers mais dont le secrétariat est assuré par la caisse d'assurance maladie.

Des référents chargés d'étudier les différents actes sont proposés par les conseils professionnels et doivent être validés par ce Haut Conseil. Celui-ci a décidé d'exclure systématiquement les responsables syndicaux au motif d'éviter des conflits d'intérêts. Or, **seuls les responsables syndicaux ont l'expertise suffisante pour pouvoir négocier pied à pied avec la caisse d'assurance maladie** sur ces sujets.

La présence même de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie au sein du Haut Conseil, comme secrétaire, traduit un conflit d'intérêts manifeste. L'impression que nous avons, toutes spécialités confondues, est que cette réforme n'a pour but que de baisser la valeur des actes, leitmotiv de l'assurance maladie.

Il n'est pas à exclure l'apparition d'un conflit sévère entre les différents syndicats de spécialités et le ministère sur ce sujet.

■ MRL : La réforme de la tarification des urgences est en place depuis le 1^{er} janvier. Comment la jugez-vous ?

JPM : Le principe de cette réforme est d'attribuer un forfait imagerie par patient et un seul. **Deux forfaits ont été créés, l'un pour la radiologie conventionnelle et l'échographie et l'autre pour l'imagerie en coupe.** Ces forfaits ont la même valeur pour tous les établissements français agréés urgence.

Le montant du forfait a été calculé en divisant le montant total payé par l'assurance maladie pour les urgences par le nombre de patients ayant bénéficié d'un acte d'imagerie en 2019. Les suppléments nuit et fériés sont maintenus. Le forfait technique d'imagerie en coupe est également maintenu.

Cette facturation au forfait n'est valable que pour les patients ressortant immédiatement du service des urgences. A partir du moment où le patient est hospitalisé, y compris en hospitalisation de jour, c'est la facturation CCAM classique qui est appliquée.

Seul le radiologue peut toucher le forfait imagerie. Cela veut dire que si un autre spécialiste réalise un acte d'imagerie comme une échographie cardiaque ou un urgentiste une échographie, ces actes ne pourront pas être facturés et bénéficier du forfait imagerie.

Par ailleurs ces forfaits sont déconnectés de la CCAM, adossés au régime des prestations hospitalières, et en cas de baisse de la valeur des actes ils ne seront donc pas impactés.

■ MRL : Donc, tout va bien ?

JPM : Là encore je vous répondrai oui et non.

Si nous avons obtenu l'exclusivité du forfait imagerie pour les radiologues, en cas de réalisation de deux actes différents comme par exemple, une échographie suivie d'un scanner, seul le forfait

[...]



« LE PATCH DMP DOIT POUVOIR ÊTRE INSTALLÉ DE FAÇON INDÉPENDANTE DE TOUTE NOUVELLE VERSION ET SANS AUCUN COÛT SUPPLÉMENTAIRE POUR LE RADIOLOGUE. »

[...] scanner sera pris en compte. Ceci peut poser des problèmes quand les actes sont réalisés par deux entités juridiques différentes.

Le mode de calcul de ces forfaits a pour but de rendre la réforme la plus neutre possible sur le plan des effets revenus. Pour se rendre compte du retentissement de leur application, il faut réaliser une simulation sur plusieurs mois certains forfaits étant supérieurs à des actes d'ostéo articulaire et d'autres inférieurs à des actes notamment d'échographie. Il convient donc d'étudier l'impact sur une durée suffisamment longue représentant l'activité type.

Un des problèmes majeurs de l'application de cette réforme est le manque de réactivité des éditeurs des logiciels des systèmes d'information à la fois des cliniques et des centres de radiologie. bien que ces sociétés aient été informées très en amont par le ministère (au mois de juin dernier). Le ministère a d'ailleurs prévu d'envoyer un courrier aux éditeurs afin d'exiger de leur part une mise en conformité rapide de leurs différents systèmes.

■ MRL : Dernière réforme à être mise en place cette année : l'espace numérique de santé et le DMP⁷.

JPM : Sur ce sujet j'ai des raisons d'être plus optimiste.

Les travaux entre le ministère et la radiologie ont été exemplaires à raison d'une réunion par semaine et ont permis de mettre en place un système totalement transparent pour les radiologues et leur secrétariat permettant d'envoyer les comptes rendus vers le DMP de façon automatique sans aucune action locale.

La mise en place des briques logicielles pour effectuer ce travail sur nos RIS⁸ sera prise en charge par l'Etat dans le cadre du Ségur numérique.

Là encore, les éditeurs de logiciels, bien qu'ils aient été associés dès le début à travers un cahier des charges technique précis sont en retard. Certains jouent un double jeu en demandant une facturation au radiologue sous prétexte que le patch DMP est inclus dans une nouvelle version de leur logiciel. Ceci est totalement inacceptable : le ministère a été très clair, le patch DMP doit pouvoir être installé de façon indépendante de toute nouvelle version et sans aucun coût supplémentaire pour le radiologue.

La mise en place de l'Identifiant National de Santé doit également se faire dans les prochaines semaines. Une formation spécifique pour nos secrétaires est d'ailleurs disponible sur la plateforme de Forcomed.

■ MRL : Donc, du bon et du moins bon ?

JPM : Oui, évidemment, tout ne peut pas être parfait.

La FNMR sera très vigilante pour la mise en place de ces différentes mesures. ●

(7) Dossier Médical Partagé

(8) Radiology Information System

MON ESPACE SANTE

OUVERT A TOUS LES USAGERS



Olivier CLATZ,
Directeur du Programme Ségur
Numérique



La généralisation de "Mon espace santé" a débuté

Après la réussite de la phase pilote dans les trois départements pilotes (Haute-Garonne, Loire-Atlantique et Somme), Mon espace santé entre dans sa phase de généralisation pour l'ensemble de la population française.

Mon espace santé permettra à chacun de stocker et partager ses documents et ses données de santé en toute sécurité. Le patient devient acteur de sa santé et pourra partager ses données de façon fluide et sécurisée avec les professionnels et les établissements de santé ainsi qu'avec des services numériques en santé, référencés par l'État.

La mise à niveau des RIS¹ pour l'utilisation de l'INS est en cours

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la loi impose l'utilisation l'Identité Nationale de Santé (INS) dans tous les logiciels. Ce numéro unique par Français est utilisé à travers l'ensemble du système de santé et dans Mon espace santé. Il permet d'éviter les erreurs de traitement des données de santé.

Dans le cadre du Ségur du numérique, les éditeurs de logiciels sont incités à faire évoluer leurs solutions en se référençant auprès l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Chaque « mise à jour Ségur » du RIS dans un cabinet ou un service de radiologie est intégralement prise en charge par l'État dans le cadre de la première vague de financement Ségur. Elle comprend la mise en conformité avec les référentiels techniques socles de l'État, Mon Espace Santé et l'INS.

CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT "MES"

Depuis janvier 2022 et pendant 3 mois, tous les assurés de l'Assurance maladie seront notifiés de l'arrivée de Mon espace santé par courrier ou par email. Si l'utilisateur se connecte, Mon espace santé est créé à la connexion ; si l'utilisateur s'y oppose, Mon espace santé n'est pas créé. Enfin, si au bout d'un mois et 10 jours après la notification, l'utilisateur ne s'est pas connecté, alors Mon espace santé est automatiquement créé.

CALENDRIER DE LA VAGUE 1 DU SÉGUR DU NUMÉRIQUE

- Les éditeurs de logiciels ont jusqu'au 15 mai 2022 pour déposer leur demande de référencement auprès de l'ANS.
- Les cabinets et services de radiologie ont jusqu'au 15 juillet 2022 pour commander leur passage à un RIS « référencé Ségur » pris en charge par l'État.
- L'installation du logiciel référencé doit avoir lieu avant le 15 octobre 2022.

Il est conseillé aux radiologues de se rapprocher au plus vite de l'éditeur de leur choix pour passer commande. Cette mise à jour permet de remplir les obligations réglementaires et conditionne le forfait structure à partir de 2023.

Pour accompagner le personnel des centres d'imagerie médicale, la FNMR et FORCOMED mettent à disposition du personnel des centres d'imagerie médicale et des autres spécialités médicales, une formation en ligne gratuite dédiée aux personnels d'accueil : <https://f724.fr/introduction-ins/>. Le volet de formation assuré par les éditeurs de logiciels est pris en charge par l'État dans le cadre du financement de la mise à jour financée par le Ségur. •

(1) Radiology Information System

MODALITÉS PRATIQUES, DIFFICULTÉS, ÉVOLUTION...



Dr Paul-Marie BLAYAC,
Radiologue à Perpignan
Secrétaire général adjoint
de la FNMR

Il est arrivé, presque par surprise, et s'applique depuis le 1^{er} janvier 2022 : c'est le nouveau forfait urgence qui remplace l'ancien mode de facturation (actes CCAM) **pour tous les patients venant aux urgences et qui ressortent après leur passage** (il ne concerne donc pas les patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation y compris en hospitalisation de jour).

Alors, comment cela fonctionne-t-il en pratique puisque nos logiciels de RIS¹ ne codent qu'en CCAM ?

Pour tous les patients qui passent aux urgences et qui bénéficient d'un acte d'imagerie (Rx, US, Doppler, TDM, IRM, etc...), le RIS envoie la facture comme avant en acte CCAM à l'établissement via la liaison H'Prim (liaison informatique de facturation vers l'établissement).

Dans un second temps, le logiciel de l'établissement vérifie le statut du patient : est-il sorti ou est-il resté hospitalisé ?

- Si le patient est resté hospitalisé l'envoi de facturation à la Caisse se fait de manière standard, avec le code CCAM.
- Si le patient n'a effectué qu'un passage aux urgences et n'est pas resté hospitalisé, le logiciel de la clinique vérifie s'il y a eu un ou plusieurs actes d'imagerie.

| FORFAITS URGENCE Supplément imagerie | Ex DG [*] | Ex OQN ^{**} |
|---|--------------------|----------------------|
| Imagerie conventionnelle et échographie | 33,99 € | 37,74 € |
| Imagerie en coupes | 53,48 € | 56,00 € |
| Nuit | 24,71 € | 25,15 € |
| Férié | 18,73 € | 19,06 € |

(*) Dotation globale (Hôpitaux publics)
(**) Objectif Quantifié National (Cliniques)

Si un seul acte d'imagerie, c'est le forfait ad hoc ci-dessus qui s'applique.

Si plusieurs actes, il applique le montant du forfait imagerie le plus élevé. Exemple :

- Si scanner + radio. Il appliquera le forfait urgence imagerie en coupes et la radio ne sera pas facturée.
- Si radio + écho. Il appliquera un seul forfait imagerie conventionnelle.

Il existe toujours les suppléments « nuit » et « férié », du même montant qu'avant, qui se rajoute (un seul à la fois) au forfait urgence imagerie si nuit, dimanche ou férié. Attention, l'heure de prise en charge retenue est celle de prise en charge aux urgences (et pas celle de prise en charge à la radio ou au scanner...) ! En revanche, le supplément pédiatrie ne semble pas pouvoir s'appliquer au forfait urgence imagerie.

Les difficultés sont nombreuses :

- **Selon certains logiciels d'établissement, il semble exister un problème lorsque qu'un acte d'imagerie en coupes est facturé avec le code YYYY600 (code archivage pour l'imagerie en coupes) :** Le logiciel de l'établissement transformerait le forfait imagerie en coupes en forfait imagerie conventionnelle obligeant à des rectifications manuelles, toujours sources d'erreurs et/ou d'oublis.
- **Une autre difficulté** est que, pour l'instant, il n'existe, à ma connaissance, aucune information en retour du logiciel clinique vers le RIS d'imagerie indiquant ce qui a été facturé, à quel montant et ce qui ne l'a pas été.

La DGOS travaillerait sur l'inter-opérabilité des échanges entre les établissements, les labos de biologie (qui sont dans la même situation) et les centres d'imagerie, mais cette évolution ne se ferait que courant 2022. Cette inter-opérabilité permettrait d'automatiser les modifications d'actes/forfaits et d'effectuer le pointage des règlements perçus. ●

(1) Radiology Information System

UNE RÉFORME TRANSPARENTE POUR LES « PRESTATAIRES »

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES URGENCES N'IMPACTERA PAS
LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX QUI INTERVIENNENT POUR LE COMPTE
DES HÔPITAUX PUBLICS. EXPLICATIONS.



Dr Jean-Charles LECLERC,
Radiologue au sein du groupe
Delta Imagerie
Secrétaire général
de la FNMR.

La généralisation du forfait urgences ne changera pas le quotidien des radiologues libéraux qui prêtent main forte aux hôpitaux publics. Minoritaires, ils sont parfois sollicités pour réaliser des actes et/ou interpréter des résultats d'imagerie. Deux cas de figure sont à considérer. « Dans le cadre d'une convention, nous interprétons les résultats des radiographies transmises par les urgences des hôpitaux publics. Dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique, nous pouvons également réaliser des scanners et des IRM pour leur compte », explique Jean-Charles Leclerc, radiologue au sein du groupe Delta Imagerie et secrétaire général de la FNMR. Relativement rares, ces partenariats doivent permettre d'optimiser la prise en charge des urgences médicales, en particulier dans les territoires sous-dotés.

Une facturation identique

La réforme de la tarification des urgences hospitalières ne bouleversera pas l'ordre établi. Imagerie conventionnelle ou imagerie en coupe... même combat. Les « prestataires » continueront à facturer les établissements demandeurs au réel. « Nous nous référons à la classification commune des actes médicaux, comme nous le faisons auparavant », détaille Jean-Charles Leclerc. La rémunération des radiologues libéraux variera selon la nature du partenariat conclu avec les hôpitaux publics. Pour une radiographie, le coût de l'interprétation du résultat sera minoré du mon-

**« LA RÉMUNÉRATION DES
RADIOLOGUES LIBÉRAUX
VARIERA SELON LA NATURE DU
PARTENARIAT CONCLU AVEC
LES HÔPITAUX PUBLICS... ET LE
MONTANT DES ACTES RÉALISÉS »**

tant de la redevance prévue par la convention. Pour un scanner ou une IRM, l'acte intellectuel sera intégralement perçu par le radiologue libéral. « Le forfait technique sera versé au titulaire de l'autorisation », rappelle Jean-Charles Leclerc.

Aucun impact économique

Quelle que soit la situation, les radiologues libéraux mandatés par les urgences publiques ne seront donc pas pénalisés, y compris sur le plan économique. « Cette réforme sera totalement transparente dans notre cas. Les établissements de santé concernés toucheront l'intégralité du forfait urgences. En fonction des actes réalisés ou délégués, ils seront parfois gagnants... parfois perdants », précise Jean-Charles Leclerc. Contrairement aux « prestataires » des hôpitaux publics, les radiologues libéraux qui travaillent pour des cliniques privées seront directement impactés par l'instauration du forfait urgences, en vigueur depuis le 1^{er} janvier dernier. ●

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

UN BON FORFAIT VAUT BIEN QUELQUES MORTS



Dr Marc VILLACEQUE,
Président du Syndicat National
des Cardiologues

Les modes de financement du système de santé sont de plus en plus complexes et inintelligibles. La nouvelle loi réformant le financement des urgences n'échappe pas à la règle. Le 29 décembre 2021 deux arrêtés ont été publiés précisant le nouveau Forfait Patient Urgence (FPU) applicable au 1er janvier 2022. En résumé, pour les patients qui passent par les urgences et qui ne sont pas hospitalisés, tous les actes effectués par l'urgentiste, le biologiste, le radiologue sont maintenant rémunérés au forfait. Pour toutes les autres spécialités une seule facturation d'un montant de 25 euros est possible quel que soit l'acte.

Passons sur le fait que ces arrêtés soient sortis pendant les vacances et appliqués deux jours après leur parution au Journal Officiel ; ils ne stipulent à aucun endroit comment facturer l'échographie cardiaque ou vasculaire. Ces actes ne s'effectueront donc plus dans un service d'urgence, sauf si on prédit que le résultat de l'examen nécessitera une hospitalisation !!!

A la demande d'Avenir Spé, la DGOS a pu nous préciser qu'en dehors d'une hospitalisation, **les actes d'échographies des cardiologues ne peuvent désormais être réalisés que dans une UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée)**, et plus aux urgences. Or, une hospitalisation en UHCD majore la prise en charge d'environ 150 € juste pour une échographie de 96,49 euros !!! Les urgentistes ou les établissements privés (on peut comprendre leur position) refusent cette possibilité.

Dorénavant, une alternative s'offre aux cardiologues : soit le patient est hospitalisé pour faire une échographie cardiaque quelle que soit la suspicion diagnostique (simple douleur thoracique, suspicion de phlébite...) soit le cardiologue ou l'urgentiste, estime, au doigt mouillé, que le patient peut se passer d'une échographie car-

**« ALORS QU'ON NOUS
ENCOURAGE SANS CESSER
À IMAGINER DES PARCOURS
PERTINENTS, ICI, DANS
L'ENVIRONNEMENT DE
L'URGENCE, OÙ EST DONC
LA PERTINENCE ? »**

diacque urgente et l'adresse sur ses deux pieds au cabinet du spécialiste quelques jours après. Plus radical : le cardiologue renonce à donner des avis aux urgences car, administrativement, les prises en charges deviennent trop complexes : on est là, dans le cadre de l'urgence, pour soigner de façon efficace et non pour réfléchir si ce patient justifie une UHCD pour pouvoir bénéficier de l'échographie que requière la réflexion clinique.

Bref, en voulant simplifier une problématique réelle, les patients potentiellement cardiaques risquent de payer le prix fort ! Privées d'une prise en charge cardiologique rapide au lit du patient, **les urgences seront amputées d'un avis cardiologique complet.** Alors qu'on nous encourage sans cesse à imaginer des parcours pertinents, ici, dans l'environnement de l'urgence, où est donc la pertinence ?

Nos décideurs, au prétexte que les échographies cardiaques aux urgences ne représentent que 11000 actes /an, sans même essayer d'évaluer combien d'entre elles ont pu sauver des vies, ont décidé, loin de la réalité du terrain, qu'un bon forfait valait bien le risque de quelques morts. ●

Gestes d'urgence en radiologie :

la prise en charge de l'allergie

et de l'arrêt cardio-respiratoire



RADIOLOGUE, MANIPULATEUR
ET PERSONNEL ADMINISTRATIF



ENSEIGNEMENT EN LIGNE
ET EN PRÉSENTIEL



1 JOUR



FRAIS DE GESTION DPC

odpc

Réf. : 18812100006

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Identifier et traiter un arrêt cardiaque
- Reconnaître et prendre en charge les urgences vitales dont l'allergie aux produits de contraste
- Savoir utiliser un défibrillateur cardiaque
- Composer un chariot d'urgence approprié et utiliser son contenu à bon escient
- Communiquer de façon optimale avec le SAMU
- Actualiser les connaissances sur la prise en charge de l'urgence, la composition du chariot d'urgence et les gestes de base indispensables à effectuer avant l'arrivée du SAMU

DÉROULÉ DE LA FORMATION

Pré/post-test (1 heure)

QCM d'évaluation des pratiques suivi d'un cours en e-learning sur la réglementation et les obligations actuelles en matière de prévention d'usage des produits de contraste

Formation présentielle (1 jour)

- Organisation des secours en France - Composition d'un chariot d'urgence
- Comment transmettre un bilan au SAMU - L'allergie et sa prise en charge
- Atelier : L'arrêt cardio-respiratoire - Atelier : Conduite à tenir lors des pathologies d'urgence - Conclusion - Questions - Discussion

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

Tarif médecin radiologue salarié des hôpitaux : formation éligible au DPC, les frais d'inscription sont de 895 Euros (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus).

Tarif manipulateur en électroradiologie et personnel administratif : 530 Euros. Vous êtes salarié d'un centre libéral comptant moins de 50 salariés ? Vous pouvez alors bénéficier de la prise en charge simplifiée de votre inscription par l'OPCO du libéral.

FORMATEURS :

M^{me} Chantal BOISORIEUX, Dr Claire BROCHE,
M. Philippe GUARINOS, Dr Aurélie THUREL

médecins urgentistes et personnels urgentistes
instructeurs nationaux de secourisme

FORCOMED
La référence des formations en radiologie

FINANCEMENT DES URGENCES : RÉFORME OU RÉVOLUTION ?



Thierry BECHU,
Délégué Général de la FHP-MCO⁽¹⁾

Dans le cadre d'une volonté politique du gouvernement, une réforme du financement des services d'urgences a été mise en œuvre par l'article 36 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2020 et précisée par la loi de financement de la sécurité sociale 2022. **Sa mise en œuvre est opérationnelle le 1^{er} janvier 2022.** Cette réforme concerne le financement des services d'urgences, de tous les établissements de santé publics et privés, les professionnels de santé libéraux exerçant au sein des services d'urgences et les patients qui y sont pris en charge

Le financement des services d'urgences s'appuie dorénavant sur trois compartiments :

- **La dotation populationnelle régionale** déclinée en dotation socle pour les établissements de santé.
- **Le financement à l'activité** dont l'ensemble des éléments concernent les professionnels libéraux, à l'exception du FPU (forfait patient urgences) destiné à alimenter les ressources des établissements de santé.
- **La dotation complémentaire qualité** qui acte un financement à la qualité s'appuyant sur des indicateurs qualité issus des RPU. Ce point est d'importance car il confirme que la rémunération à la qualité ne sera pas limitée à un dispositif général, dit IFAQ, mais bien que la qualité soit aussi, à terme, reconnue et rémunérée au niveau de chaque activité de soins pour mieux considérer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

Cette réforme est loin d'être anodine car elle emporte trois évolutions majeures de notre système

« TROIS ÉVOLUTIONS MAJEURES DE NOTRE SYSTÈME DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX. »

de financement des établissements de santé, des patients et des professionnels libéraux.

Tout d'abord, elle met en place, pour la première fois pour une activité de soins, la régionalisation des financements des services d'urgences par le déploiement de cette dotation populationnelle déterminée sur la base de critères spécifiques à chaque territoire avec un processus d'allocation de ressources régionalisé qui s'appuie sur un comité régional du financement des urgences afin de proposer au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) une répartition des ressources entre établissements de santé. Le directeur général de l'ARS est alors en pleine responsabilité de cette activité des urgences disposant des **deux leviers pour organiser la prise en charge dans les territoires : autorisation et financement**. Dit autrement, le nombre d'autorisation n'est plus un facteur déterminant le montant de l'enveloppe régionale, mais le directeur général de l'ARS doit gérer l'organisation sanitaire au sein d'une enveloppe qui lui est octroyée. Ensuite, le mécanisme de participation des usagers est plus simple, plus équitable et identique quelle que soit l'implantation du service d'urgences sur le territoire national avec la mise en

(1) Fédération de l'Hospitalisation Privée - Médecine, Chirurgie, Obstétrique



place du FPU qui se substitue à un mécanisme peu lisible du ticket modérateur. Le montant forfaitaire dit « *FPU Forfait Patient Urgences* » est de 19€61 :

- Quelle que soit la nature de la prise en charge du patient.
- Quel que soit l'établissement de santé public et ou privé.

Seules des exceptions existent mais dues au seul « statut » du patient.

Enfin, en ce qui concerne les professionnels de santé, nous sommes face également à un changement de paradigme majeur car le système de financement s'appuie dorénavant en référence aux caractéristiques des patients (forfaits âges, ...) et non plus des actes réalisés.

Cette réforme que la FHP-MCO n'a pas souhaitée mais dont elle a accompagné au mieux les travaux, en partenariat avec les professionnels de santé libéraux, s'avère être une révolution de nos mécanismes de financement **passant d'un financement des moyens à celui des besoins de la population et centré sur le patient tout en se préoccupant de la reconnaissance de la qualité des soins.**

Ces nouvelles règles d'allocation de ressources au niveau régional avec le fonctionnement des comités régionaux de financement des urgences méritent une vigilance afin de veiller à ce que les

règles d'allocation des ressources entre établissements de santé soient équitables et non discriminantes en fonction des statuts des acteurs. Les premiers retours montrent à l'évidence une certaine hétérogénéité de gouvernance de ces nouvelles instances régionales. Les enseignements de son déploiement pour tous devront être tirés pour préparer les réformes de financement à venir qui devraient s'appuyer très probablement sur un triptyque "Régionalisation, Qualité, Activité". •

**« EN CE QUI CONCERNE
LES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ, NOUS SOMMES FACE
ÉGALEMENT À UN CHANGEMENT
DE PARADIGME MAJEUR CAR
LE SYSTÈME DE
FINANCEMENT S'APPUIE
DORÉNAVANT EN RÉFÉRENCE
AUX CARACTÉRISTIQUES DES
PATIENTS. »**

UN IMPACT SIGNIFICATIF POUR LES BIOLOGISTES MÉDICAUX

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES URGENCES S'ACCOMPAGNE D'UNE CHARGE ADMINISTRATIVE PLUS LOURDE POUR LES BIOLOGISTES MÉDICAUX. ELLE COMPORTE ÉGALEMENT DES INCERTITUDES ÉCONOMIQUES NOTABLES.



Nouri TALEB,

Directeur associé du laboratoire du Beauvaisis
Membre du bureau du syndicat "Les biologistes médicaux"

La réforme de la tarification des urgences ne profitera pas à tous. Directement concernés, les biologistes médicaux redoutent les multiples impacts du forfait patient urgences... automatiquement réclamé aux patients pour tous les passages non programmés et non suivis d'une hospitalisation depuis le 1^{er} janvier dernier. « Ce nouveau circuit de prise en charge génère des incertitudes administratives et économiques notables dans le cadre de notre pratique professionnelle », déplore Nouri Taleb, directeur associé du laboratoire du Beauvaisis et membre du bureau du syndicat « Les Biologistes Médicaux », qui dénonce également un manque de concertation de la part des pouvoirs publics.

Un effet retard...

Le choc de simplification annoncé n'aura pas lieu, du moins pas pour les biologistes médicaux qui participent à la gestion des urgences dans les cliniques privées. Parmi d'autres obstacles, ils craignent un « effet retard » dans les procédures de facturation. « Il faudra attendre la fin du parcours du patient pour clôturer le dossier. La facturation sera traitée en aval, et non plus en amont comme nous le faisons auparavant. Le critère de l'hospitalisation n'entraîne pas en ligne de compte », explique Nouri Taleb. Plus complexe, la charge administrative sera aussi plus lourde. « Nos agents administratifs devront valider les dossiers un par un, en fonction du statut du patient. Le temps consacré à cette tâche sera fatalement

« LES BIOLOGISTES MÉDICAUX PERCEVRONT UN FORFAIT UNIQUE, MODULÉ SELON TROIS TRANCHES D'ÂGE. »

plus long », rappelle-t-il. Incompressible, ce délai supplémentaire nécessitera un investissement humain plus important.

Des incertitudes économiques

Autre inquiétude majeure : l'instauration du forfait patient urgences pourrait avoir des répercussions économiques significatives pour les biologistes médicaux. « Nous percevrons un forfait unique, modulé selon trois tranches d'âge. A la différence des radiologues libéraux, nous n'aurons pas d'autres leviers de cotation pour amortir les pertes potentielles de revenus. En fonction des actes réalisés, nous ne serons pas toujours gagnants », signale Nouri Taleb. Dans un contexte instable et incertain, l'enjeu consistera à privilégier la juste prescription. « Cette réforme ne présente aucune garantie en la matière. La tarification à l'acte était pourtant un garde-fou utile », relève-t-il. Une revendication légitime qui n'a pas été entendue par les pouvoirs publics. •

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

SÉMINAIRE FNMR

SAMEDI 2 AVRIL 2022 À BORDEAUX

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES PLURI-SPÉCIALITÉS

avec l'intervention de plusieurs spécialités et intervenants extérieurs du monde de la santé

LES DIFFÉRENTS THÈMES PRÉVUS (SOUS RÉSERVE)

- Les consolidations en biologie
- Vision de la cardiologie
- Possibilités de regroupement
- Etablissements de santé en médecine spécialisée
- Vision de l'ARS sur ce type de coopération
- Moyens et avis juridiques de regroupement
- Avantages financiers au regroupement

**CE SÉMINAIRE EST OUVERT À TOUS LES ADHÉRENTS DE LA FNMR.
INSCRIPTION OBLIGATOIRE AUPRÈS DE LA FNMR - INFO@FNMR.ORG**

Fédération Nationale des Médecins Radiologues
168 A rue de Grenelle - 75007 PARIS

Nouveau site *Mon*radiologue.fr

Le **site d'actualité** informatif et pédagogique sur l'imagerie médicale **à destination des patients** proposé par la FNMR : examens de radiologie, dépistages, rôle du radiologue, réponses aux questions fréquentes, témoignages vidéo de patients et de radiologues...



LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

CES DERNIERS MOIS ONT ÉTÉ RICHES EN REBONDISSEMENTS ET UN SCÉNARIO DISTINGUANT LES MODALITÉS DE LA RÉFORME EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE A ÉTÉ FINALEMENT CHOISI.



Dr Sophie AUFORT,
Radiologue à Castelnau-Le-Lez

Il sera probablement introduit dans le code de la santé publique une section dédiée à la radiologie, **regroupant la radiologie diagnostique ET interventionnelle**, avec dans le chapitre des équipements sanitaires des établissements de santé, des conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds avec deux sous-chapitres :

- Une sous-section concernant les dispositions applicables aux titulaires **d'autorisations d'équipements matériels lourds réalisant exclusivement des actes de radiologie diagnostiques**.
- Une seconde sous-section concernant les dispositions applicables aux titulaires **d'autorisations de l'activité de soins radiologie interventionnelle sous imagerie**.

La radiologie interventionnelle sera exercée selon **4 mentions** allant de A à D :

- **La mention « A »** comprenant, les actes de radiologie interventionnelle vasculaires endo-veineux pour voies d'abord, les infiltrations profondes, les ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens.
- **La mention « B »** comprenant, en sus des actes des mentions « A », les actes de radiologie interventionnelle par voie endovasculaire endo-veineux profonds et endo-artériels et les actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée. L'autorisation précisera si le titulaire pratique les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique : cela sera la mention B*.
- **La mention « C »** comprenant, en sus des actes

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE SERA EXERCÉE SELON 4 MENTIONS ALLANT DE A À D

des mentions « A », « B », les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer ou de ses conséquences par voie percutanée et les actes thérapeutiques du cancer par voie endo-artérielle.

- **La mention « D »** comprenant, en sus des actes des mentions « A », « B » et « C », les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques relatifs à la prise en charge, dans le cadre de l'orientation initiale effectuée par le SAMU, de l'hémostasie des pathologies vasculaires hors circulation intracrânienne.

Concernant les conditions d'implantation :

Seule cette dernière mention (D) nécessitera une **permanence des soins 7/7, 24/24** alors que les trois précédentes obligeront à une continuité des soins.

L'environnement de soins critiques est encore en discussion, mais une certitude : la mention D nécessitera une réanimation sur place.

Il y aura à terme des **seuils d'activité en radiologie interventionnelle oncologique** (mention C) mais cette obligation ne pourra prendre effet que lorsque l'activité sera décrite à la CCAM¹ et donc mesurable dans le PMSI².

(1) Classification Commune des Actes Médicaux

(2) Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information



« **LES TEXTES ÉTANT À L'ÉTUDE ACTUELLEMENT AU CABINET DU MINISTRE, IL NE NOUS RESTE QU'À ESPÉRER UN ARBITRAGE FAVORABLE JUSQU'À PUBLICATION** »

Le **personnel médical** nécessaire à l'activité de mention (A à D) comprendra un ou plusieurs médecins spécialisés en radiologie et imagerie médicale, avec pour les mentions (B à D) au moins l'un des médecins compétents en radiologie interventionnelle avancée.

Le **personnel non médical** comprendra au moins deux auxiliaires médicaux dont au moins un manipulateur d'électroradiologie médicale.

Concernant les conditions techniques de fonctionnement :

Le titulaire de l'autorisation devra mettre en place une **organisation formalisée** du parcours de soins des patients décrivant, selon les situations, les modalités d'intervention d'un ou plusieurs médecins spécialisés en anesthésie-réanimation pour assurer la sécurité.

Des protocoles seront établis par le personnel médical pour organiser la prise en charge des patients, le cas échéant avec les médecins responsables des unités d'hospitalisation, si les patients y sont accueillis.

Une démarche qualité devra être formalisée. Un PACS³ sera obligatoire.

Les DACS⁴ restent un sujet en discussion, avec proposition du Conseil professionnel de la radiologie (G4) d'un recueil systématique et un archivage dosimétrique mis en place selon la règle-

mentation en vigueur avec étude des NRD mais sans obligation d'avoir un DACS⁵.

Les textes étant à l'étude actuellement au cabinet du ministre, il ne nous reste qu'à espérer un arbitrage favorable jusqu'à publication prochaine des textes au *Journal Officiel* et une application effective lors du prochain Projet Régional de Santé (PRS) en 2023 ! ●

(3) Picture Archiving and Communication System

(4) Dose Archiving and Communication System

(5) 5 Niveaux de référence diagnostique

LES PLATEAUX TECHNIQUES D'IMAGERIE DE PROXIMITÉ

LES PLATEAUX TECHNIQUES COMPLETS D'IMAGERIE DE PROXIMITÉ
SONT UNE ALTERNATIVE CRÉDIBLE POUR UNE MEILLEURE PRISE
EN CHARGE DES PATIENTS.



Dr Eric CHAVIGNY,
Radiologue à Dax,
Vice-Président de la FNMR

L'imagerie en coupe est devenue une imagerie incontournable pour beaucoup de diagnostics. Malheureusement, les appareils sont souvent en nombre insuffisant pour permettre un accès satisfaisant à la population. Depuis que ces matériels existent, en France, ils sont soumis à autorisation.

La régulation des autorisations par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), dans un premier temps puis par les Agences Régionales de Santé (ARS) ensuite, **a conduit à concentrer les scanners et les IRM sur les établissements** hospitaliers publics et privés.

C'était assez logique pour trois raisons essentielles :

- 1. Les agences régionales d'hospitalisation ne s'intéressaient qu'aux établissements d'hospitalisation, et non la médecine de ville.
- 2. Les scanners et les IRM sont indispensables pour les patients hospitalisés et il est essentiel que les établissements privés et publics en soient équipés.
- 3. Les scanners sont souvent indispensables à la prise en charge des patients en urgence. Les établissements avec service d'urgence ont été prioritaires.

L'État dans son rôle de régulateur a souhaité limiter le nombre de ces équipements. Si cela pouvait se concevoir lorsque ces appareils sont apparus, cela devient de plus en plus incongru. L'assurance maladie a, également, tenté de limi-

ter les dépenses d'imagerie en limitant le nombre d'examen d'imagerie en coupe. Ce calcul s'est avéré absurde puisque, malgré une sous dotation notable en imagerie en coupe, les dépenses d'imagerie et de santé n'ont fait que croître.

Aujourd'hui, tous les radiologues sont formés à ces techniques d'imagerie et les indications sont très nombreuses. Pour utiliser au mieux le temps médical et améliorer la pertinence, les radiologues, qu'ils exercent en établissement ou en cabinet, doivent avoir un accès suffisant à l'imagerie en coupe.

Si la mutualisation des équipements installés sur les établissements hospitaliers a permis dans certains cas d'améliorer le service sur les établissements, ce n'est certainement pas le cas pour les patients ambulatoires. Ils sont obligés d'aller passer un scanner ou une IRM sur un établissement de soins. Le médecin radiologue les ayant pris en charge initialement n'a souvent pas de scanner ou d'IRM sur son centre d'imagerie.

A contrario, les établissements dotés pour leur grande majorité en imagerie en coupe sont débordés car l'offre y est concentrée. Les plannings sont surchargés, les parkings autour de ces établissements sont insuffisants. Les activités importantes sur les scanners et IRM installés en établissement génèrent des conditions de travail difficiles pour les radiologues et leurs équipes. **Il est important**

Le Docteur **Eric Chavigny** est radiologue au Centre d'Imagerie des Landes dont 2 sites de proximité sont équipés de scanner et IRM hors établissement (Médipôle de l'Aérodrome à Dax et Centre d'imagerie de Mimizan)



de signaler que les patients, pour la plupart, passent leurs examens en ambulatoire.

Dans le même temps, de nombreux radiologues de ville n'ont qu'un accès très parcimonieux à ces équipements.

Résultat : Il en résulte un mauvais accès au scanner et à l'IRM pour les patients avec des délais d'attente élevés et des retards diagnostics. Pour les radiologues de ville, cette situation est génératrice de frustration professionnelle et d'une difficulté à l'application des règles de pertinence.

Maintenant que les établissements sont équipés, il faut réfléchir à l'installation de plateaux techniques d'imagerie de proximité offrant toutes les techniques d'imagerie hors établissement. Ce type de plateau peut se concevoir à condition d'avoir une équipe radiologique suffisamment fournie et compétente en imagerie en coupe.

L'intérêt de ces plateaux techniques d'imagerie de proximité est multiple.

Dans les territoires distants d'établissements, ces installations permettent une proximité pour le patient et un maillage territorial qu'un hôpital ou une clinique privée ne peut pas apporter. **Cette proximité évite des transports sanitaires, fatigants pour les patients et surtout très dispendieux pour la sécurité sociale.**

L'imagerie médicale est une spécialité structurante. L'installation d'un centre d'imagerie complet permet aux médecins d'un territoire d'avoir la garantie d'obtenir des diagnostics fiables et rapides pour leurs patients. C'est un facteur d'attractivité pour des médecins généralistes et spécialistes. Cela évite aussi d'avoir recours à l'hospitalisation en établissement dans de nombreux cas.

Concernant le **maintien d'une offre d'imagerie sur un territoire isolé**, avoir un scanner et une IRM permet parfois de recruter des radiologues qui ne seraient pas venus si le centre n'avait pas eu d'imagerie en coupe. Le maintien de ces cabinets permet de maintenir une offre de dépistage et de diagnostic.

Equiper les centres d'imagerie des territoires urbains d'un scanner et d'une IRM permet de répondre, au mieux, à la demande de suivi cancérologique, de prise en charge des soins non programmés en lien avec un pôle de santé ou une CPTS¹.

Après 30 ans de « tout hôpital », **il est temps d'envisager une médecine plus centrée sur le patient et la proximité.** Le développement des pôles de santé et des CPTS va dans ce sens. Les Agences Régionales de Santé doivent prendre le virage ambulatoire hors établissement et inscrire dans leurs PRS² des autorisations de scanners et d'IRM hors établissement. ●

« DANS LES TERRITOIRES DISTANTS D'ÉTABLISSEMENTS, CES INSTALLATIONS PERMETTENT UNE PROXIMITÉ POUR LE PATIENT ET UN MAILLAGE TERRITORIAL QU'UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE PRIVÉE NE PEUT PAS APPORTER »

(1) Communauté professionnelle territoriale de santé
(2) Projet Régional de Santé

LA REVISION DE LA CCAM

LA RÉVISION DES NOMENCLATURES PROFESSIONNELLES, DONT LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX OU CCAM, A ÉTÉ INSCRITE DANS LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2020 (LFSS 2020).



Wilfrid VINCENT,
Délégué général de la FNMR

L'article 38 précise que « l'ensemble des actes inscrits sur la liste mentionnée [des actes professionnels] à la date de publication de la présente loi¹ fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans ... ».

Les objectifs de la révision

Cette révision correspond à un engagement de la stratégie de transformation du système de santé «Ma santé 2022» de mettre à jour les nomenclatures et la classification des actes professionnels. La raison est de promouvoir le développement de la qualité et de la pertinence des soins. La nomenclature des actes médicaux techniques n'ayant pas été révisée depuis son lancement en 2005, certains actes ou techniques sont devenus obsolètes ou moins efficaces que d'autres plus récents et correspondant mieux à l'état de l'art médical.

La révision doit aussi permettre une meilleure description des actes quand cela est nécessaire pour mieux appréhender l'activité des professionnels.

Il s'agit donc :

- **D'améliorer le descriptif des actes et leur pertinence** : inscrire les actes manquants, nouveaux correspondants aux règles de l'art.
- Prendre en compte des **innovations récentes**.
- **Simplifier la nomenclature** en supprimant des actes obsolètes, en réorganisant éventuellement les actes maintenus.

(1) Le 24 décembre 2019

La acteurs de la révision

Le Haut Conseil des Nomenclatures

La LFSS 2020 crée un Haut Conseil des Nomenclatures (HCN), chargé de piloter la révision.

Les missions du HCN sont précisément :

- De proposer une **méthodologie de description et de hiérarchisation des actes** et prestations
- D'étudier les actes et prestations soumis par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) en vue de les décrire et de les hiérarchiser.
- Le HCN remet chaque année un rapport public d'activité.

Deux chirurgiens retraités ont été nommés président et vice-président à la tête du Haut Conseil de la Nomenclature.



Des commissions compétentes par profession

Des commissions compétentes pour chacune des professions disposant d'une convention avec l'assurance maladie sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.

Pour les médecins, c'est la Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) qui est responsable.

Le rôle de la CHAP

La CHAP, compétente pour les médecins a pour rôle :

- Être tenue informée des travaux du HCN
- Valider la méthodologie du HCN
- Émettre un avis sur les rapports du HCN relatif à la description et la hiérarchisation des actes



© iStock

- Organiser les cellules d'interprétation en cas de désaccord des experts.

La CHAP est composée paritairment de représentants de l'assurance maladie (UNCAM) et des syndicats médicaux représentatifs (Les syndicats représentants des médecins libéraux signataires de la convention médicale).

Les Conseils Nationaux Professionnels (CNP)

Les Conseils Nationaux Professionnels ont pour mission de proposer au HCN une liste de référents et d'experts mobilisables pour les travaux de révision de la nomenclature.

La Haute Autorité de Santé (HAS)

Les missions de la Haute Autorité de Santé dans la révision de la CCAM sont :

- D'examiner toute question relative à l'évaluation des dispositifs de santé et des nouveaux actes en vue de la prise en charge par l'Assurance Maladie.
- De donner un avis sur l'inscription et les conditions d'inscription des actes.
- De donner un avis sur les actes en vue de leur radiation.

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Sa mission est de :

- Réviser les codes et les libellés des actes en lien avec les Comités Cliniques
- Proposer des codes et des libellés pour les nouveaux actes

Les comités cliniques (CC)

La nomenclature est décomposée en familles d'actes dont la révision descriptive est confiée à des Comités Cliniques composés d'experts et pilotés par des référents.

Les référents : Un référent par comité clinique. Les référents ont des compétences scientifiques reconnues et une pratique large des actes concernés par le comité. Leur répartition est équilibrée entre public et privé lucratif et non lucratif. Ils respectent la neutralité syndicale. Ils ne peuvent pas, selon le HCN, être membre du bureau d'un syndicat. C'est exclure d'emblée nombre de médecins experts et jeter une suspicion sur leur compétence et leur indépendance.

Les référents :

- Valident la liste de leur famille d'actes.
- Proposent au HCN la composition de leur comité clinique.

[...]

COMPOSITION DU HCN

- 12 membres avec voix délibérative : Un président et un vice-Président.
- Un nombre égal de médecins libéraux et hospitaliers (5 et 5).

ASSISTENT AUX TRAVAUX DU HCN :

- Un représentant de la HAS
- Un représentant des patients
- Le président de la CHAP médecins

Le secrétariat général du HCN est assuré par le responsable du département des actes médicaux de la CNAM qui se met en congé.

RÉVISION DE LA CCAM ET IMAGERIE MÉDICALE

Le HCN a évalué le nombre d'actes de radiologie à 538. La CCAM comporte 512 actes ADI (Actes d'imagerie hors échographie) et 121 actes ADE (Actes d'échographie – Tous ne sont pas forcément pratiqués par les radiologues).

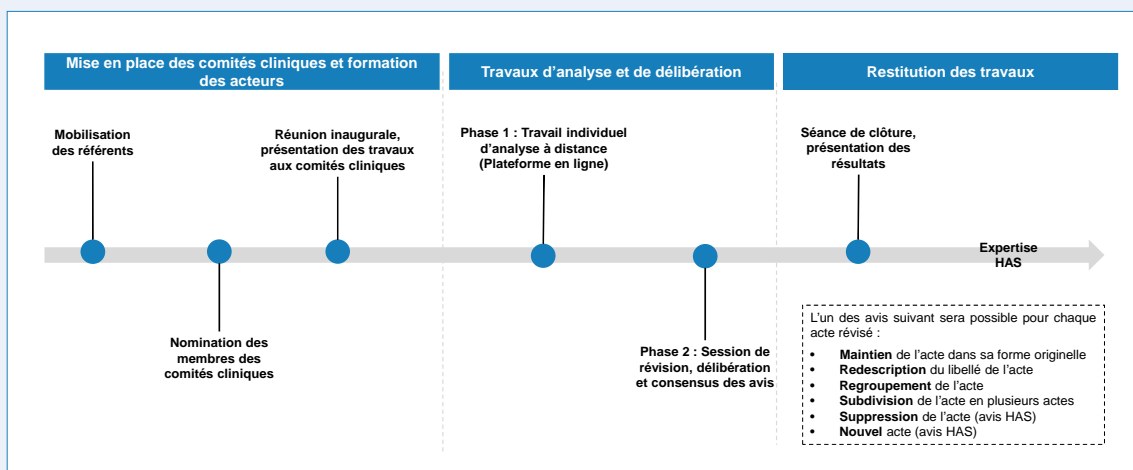
Le groupe de travail de la DGOS consacré à la radiologie interventionnelle a évalué le nombre d'actes de RI (Existants ou à créer) à 461.

Le Conseil National Professionnel de la radiologie (G4) a adressé au HCN la liste des référents et des experts en radiologie qu'il propose..

| COMBINAISON MONO SPÉCIALITÉ (27) | NBRES DE CODES |
|---|----------------|
| Anatomo-cytopathologie | 191 |
| Allergologie | 22 |
| Anesthésie | 5 079 |
| Cardiologie | 168 |
| Chirurgie Digestive | 539 |
| Chirurgie Orthopédique | 1 190 |
| Chirurgie Plastique | 61 |
| Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire | 365 |
| Chirurgie Vasculaire | 296 |
| Dermatologie | 96 |
| Endocrinologie | 3 |
| Gastro Entérologie | 202 |
| Gynéco Obstétrique | 334 |
| Hémato-Oncologie | 57 |
| Médecine Nucléaire | 128 |
| Médecine Vasculaire | 80 |
| Néphrologie | 39 |
| Neuro Chirurgie | 212 |
| Neurologie | 86 |
| Ophthalmologie | 383 |
| ORL | 412 |
| Pneumologie | 107 |
| Radiologie | 538 |
| Rhumato | 16 |
| Radiothérapie | 207 |
| Stomatologie | 784 |
| Urologie | 501 |
| TOTAL | 12 096 |

| COMBINAISON PLURI SPÉCIALITÉ (12) | NBRES DE CODES |
|---|----------------|
| Anesthésie + Neurochirurgie + Radiologie + Rhumatologie (douleur) | 128 |
| Chirurgie Digestive- Gastro-entérologie | 43 |
| Chirurgie Digestive- Urologie - Gynéco obstétrique | 85 |
| Chirurgie Orthopédique et Chirurgie plastique | 116 |
| Chirurgie Orthopédique - Neuro chirurgie | 168 |
| Chirurgie Plastique - Dermatologie | 72 |
| Chirurgie Plastique - Urologie - Gynéco obstétrique | 51 |
| Chirurgie Plastique - ORL - Stomatologie | 149 |
| Cardiologie - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire - Chirurgie vasculaire | 61 |
| MAR + MIR + Cardiologie + pneumologie + néphrologie + pédiatrie (soins critiques) | 91 |
| ORL - Stomatologie | 80 |
| Radiologie - Chirurgie vasculaire | 103 |
| TOTAL | 1 147 |

« CHAQUE ACTE EST POSITIONNÉ SUR L'ÉCHELLE DES ACTES D'UNE MÊME FAMILLE. LES ÉCHELLES D'ACTES SONT FUSIONNÉES POUR NE PLUS FAIRE QU'UNE SEULE »



- [...]
- Encadrent les travaux de leur comité clinique. Les Comités Cliniques comprennent :
 - 8 à 12 médecins avec proportionnalité entre hospitaliers et libéraux.
 - 2 personnalités hors spécialités traitées : un médecin DIM, un médecin de santé publique, un économiste de la santé.
 - Le cas échéant : un généraliste, un radiologue, des experts extérieurs pour les actes rares.

Les Comités Cliniques ont la responsabilité de proposer des modifications de la CCAM (suppression, création ou regroupement d'actes) qui seront validées par le HCN. Ils émettent un avis sur chaque acte.

La procédure de révision des actes

Le HCN a réparti les actes en 27 familles par spécialité puis en combinant les spécialités 12 familles. Voir leur répartition dans le tableau «Combinaison mono et pluri spécialité».

Le travail de révision est organisé autour de trois étapes. La mise en place des comités cliniques, les travaux d'analyse et leur restitution (page précédente).

La hiérarchisation des actes

Chaque acte est positionné sur une échelle de l'ensemble des actes d'une même famille. C'est la hiérarchisation intra-famille. La position de chaque acte dans l'échelle dépend de son score médical, c'est à dire de la durée de l'acte, de la compétence technique, de l'effort mental et du stress.

Hiérarchisation inter-familles

Les échelles d'actes sont fusionnées pour ne plus faire qu'une seule échelle hiérarchisant tous les actes médicaux (Hiérarchisation inter-familles).

Le calendrier

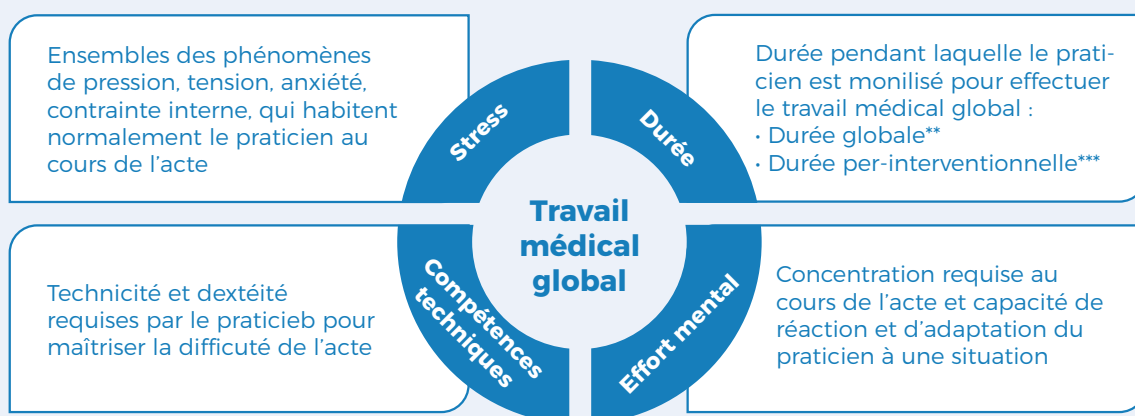
L'année 2021 était consacrée à l'installation du



HCN, à la validation de la méthode et à la nomination des référents pour chaque famille d'actes et au lancement du premier cycle de travaux descriptifs. Un certain retard a déjà été pris puisque les nominations n'avaient pas toutes été validées à fin décembre 2021.

Les années 2002-2023 verront la désignation des experts des comités cliniques et de hiérarchisation pour chaque famille d'actes. Le travail de révision de description et de hiérarchisation durera durant toute cette période.

Enfin, les travaux de révision de la CCAM doivent s'achever avec **la signature de la convention médicale** par l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. •



MANIPULATEURS

UNE DANGEREUSE DÉRIVE DE FIN D'ANNÉE

LE 31 DÉCEMBRE DERNIER, LES RESPONSABLES DU GROUPE MANIPULATEUR DU CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE LA RADIOLOGIE (G4), DONT LES REPRÉSENTANTS DE LA FNMR, ONT REÇU UN MAIL ÉMANANT DE LA PRÉSIDENTE DU CNP DES MANIPULATEURS ACCOMPAGNÉ DE DEUX DOCUMENTS PLUS QU'INQUIÉTANTS.

Le premier est un courrier envoyé au ministre de la santé pour « **mettre en place la pratique avancée en électroradiologie médicale** » assorti de la demande d'ouverture d'un « dialogue tarifaire ».

Les demandes formulées sont inacceptables.

Citons entre autres :

- Après la réalisation de l'acte radiologique, notamment dans un contexte de traumatologie, de rhumatologie et d'infectiologie, le MPA réalisera une interprétation et un compte-rendu.
- Dans son compte-rendu, le MPA pourra conseiller la réalisation d'un autre examen d'imagerie.
- Dans le cadre du dépistage systématique du cancer du sein, le MPA réalisera la mammographie et la première lecture du dépistage organisé. En fonction du résultat de l'examen, il pourra compléter l'exploration par un examen échographique ou le prescrire dans son compte-rendu.
- En échographie, « Le MPA pourrait réaliser certains examens échographiques et leur compte rendu ».

Un autre document était transmis : celui d'une réunion avec la Direction Générale de l'Offre de Soins où **le CNP rajoutait des demandes sur la coopération ou la délégation** avec les manipulateurs qui concerne aussi « les cabinets de rhumatologie où des installations d'imagerie peuvent être présentes, des secteurs de cardiologie et rythmologie, gastroentérologie, les blocs opératoires, des cliniques du sport, ... ».

Le CNP n'hésite pas d'ailleurs à écrire : « Il semble raisonnable de pouvoir construire des modèles où :

« ON PEUT DÉLÉGUER UNE TACHE MAIS SUREMENT PAS UNE COMPÉTENCE, CELLE-CI NE S'ACQUÉRANT QUE PAR LA FORMATION »

- Le champ du transfert de compétences porte sur le suivi du patient aux différents temps du traitement ou exploration, l'approche clinique, la séméiologie radiologique, la coordination du parcours.
- Le champ de l'activité soit circonscrit par les typologies d'équipement ».
- **Rappelons une fois de plus que le transfert de compétences n'existe pas.** On peut déléguer une tâche mais sûrement pas une compétence, celle-ci ne s'acquérant que par la formation (3 ans pour un manipulateurs et 12 ans pour un radiologue).

Un autre paragraphe mérite d'être cité :

« Les scénarii alternatifs à la dégradation de l'offre de radiologie

L'enjeu est de consolider et améliorer la disponibilité et la qualité des soins primaires dans l'en-



semble de leurs dimensions. L'organisation cible en matière d'imagerie pourrait être la constitution d'équipes de soins primaires reposant sur MG et MEM de pratique avancée. »

Cette approche du Conseil National Professionnel des manipulateurs est très préoccupante.

Il y a **une volonté manifeste de remettre en cause le décret régissant leur activité datant de 2016.**

Cette évolution proposée oublie totalement la pénurie actuelle des manipulateurs qui ne sont déjà pas assez nombreux pour faire fonctionner de façon normale les installations d'imagerie conventionnelle ou d'imagerie en coupe dans les centres de radiologie. A ce sujet, certaines autorisations nouvellement accordées ne sont pas sûres de pouvoir être ouvertes en raison du manque de manipulateurs alors que la France est dans les dernières nations en nombre d'installations.

Ces documents posent le problème de la représentativité du Conseil National Professionnel des manipulateurs qui n'est composé que d'organisations purement hospitalières, faiblement représentatives en nombre d'adhérents.

La FNMR a alerté le Conseil National Professionnel de radiologie sur ce sujet majeur afin qu'une réponse de l'ensemble de notre spécialité soit apportée dans les plus brefs délais. ●

« CETTE ÉVOLUTION PROPOSÉE OUBLIE TOTALEMENT LA PÉNURIE ACTUELLE DES MANIPULATEURS QUI NE SONT DÉJÀ PAS ASSEZ NOMBREUX POUR FAIRE FONCTIONNER DE FAÇON NORMALE LES INSTALLATIONS D'IMAGERIE CONVENTIONNELLE OU D'IMAGERIE EN COUPE »

RADIOLOGIE 2030. QUEL AVENIR ?

DANS UN PRÉCÉDENT ÉDITORIAL DU JOURNAL D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE (JIDI) DE DÉCEMBRE 2018¹, JE M'INTERROGEAIS SUR LES RISQUES POUR NOTRE SPÉCIALITÉ. MA VISION N'A PAS CHANGÉ DEPUIS ET L'ÉVOLUTION RENFORCE CHAQUE JOUR MA CONVICTON.



Dr Laurent VERZAUX,
Membre du Conseil de Surveillance de la SFR,
Membre du Bureau de la FNMR,
Directeur général de VIDJ

Les radiologues doivent garder la maîtrise de leur outil de travail car ils sont les mieux armés pour faire face aux défis qu'ils doivent affronter.

Dans le contexte actuel, il est sans doute utile de rappeler les fondamentaux de la radiologie.

En dehors de la pandémie qui perturbe nos organisations, mais nous oblige aussi à nous adapter rapidement, nous devons faire face à un triple défi afin de répondre au mieux aux besoins de la population : **démographique, technologique et financier.**

Démographique, c'est le plus prégnant, nous payons les décisions des gouvernements qui ont volontairement limité le numerus clausus des médecins en formation à 3500 alors qu'il eut été nécessaire d'en former au moins deux fois plus. Nous sommes au plus creux de la courbe qui ne retrouvera les effectifs de 2006 qu'en 2030 et encore les radiologues seront 9,8% moins nombreux en 2030 qu'en 2006².

De plus notre spécialité évolue, nos compétences augmentent mais nous sommes de plus en plus spécialisés dans un nombre limité des champs de l'imagerie.

Technologique, nos métiers évoluent très rapidement, sont et seront fortement impactés par l'intelligence artificielle que nous devons être capables d'intégrer dans nos pratiques pas seu-

lement médicales mais dans la gestion de nos workflows. Ces évolutions technologiques, la mise en place de nouveaux outils notamment de communication, Cloud, lignes à haut et très haut débit, la sécurité informatique ont un coût qui connaît une croissance exponentielle. De plus, la prise en compte de l'impact environnemental de nos activités est incontournable, engageant notre responsabilité³.

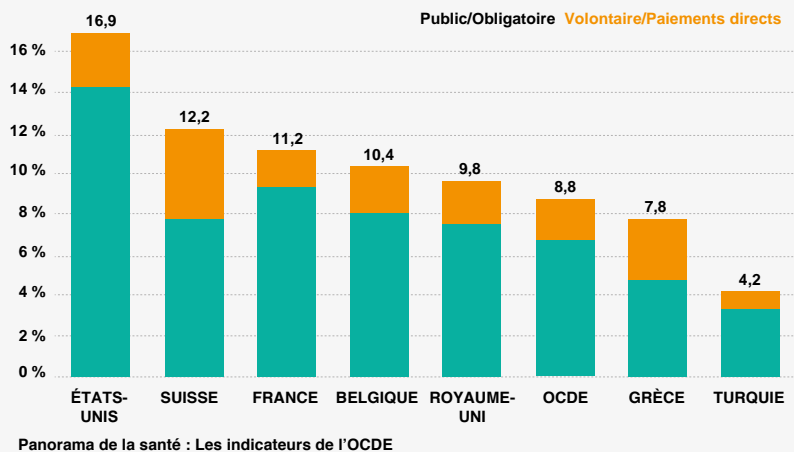
Par ailleurs, « en 2020 la dépense courante de santé (DCS) s'est élevée en France à 284,5 Md€, soit 12,4% du PIB (contre 11,3% en 2018⁴.

Parmi les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la France est l'un des pays qui consacre le plus de richesse à la dépense courante de santé : si l'on se compare avec les autres pays développés, seuls les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse dépensent davantage. Notre pays mobilise par ailleurs un peu plus de richesse nationale pour la santé que la Suède, le Japon ou le Canada.

(1) <https://doi.org/10.1016/j.jidi.2018.11.001>
 (2) DREES : La démographie médicale à l'horizon 2030 - N°679 Février 2009 page 5
 (3) Kovacsik H, et al. Vous avez dit "green radiology" ? Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle (2022), <https://doi.org/10.1016/j.jidi.2021.12.005>
 (4) https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjPwe-EL-7b1AhXOzoUKHbhCDfcQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fdrees.solidarites-sante.gouv.fr%2Fpublications-documents-de-reference%2Fpanoramas-de-la-drees%2Fles-depenses-de-sante-en-2020-resultats&usg=AOvVaw2kwvYNAbtLj_83xxXRgLUt

QUEL BUDGET LES PAYS CONSACRENT-ILS À LA SANTÉ ?

DÉPENSES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB, SÉLECTION DE PAYS DE L'OCDE, 2018



Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de santé, après avoir été un poste fortement dynamique, progressent aujourd'hui au même rythme que leur produit intérieur brut (PIB). Cependant, avec une augmentation moyenne annuelle de 2% depuis 2015, on constate que la France a une hausse moins forte que des pays comme les États-Unis ou l'Allemagne (+ 4% en moyenne). Le respect de l'Objectif National d'Assurance Maladie (ONDAM), depuis maintenant une dizaine d'années (2010), en est à l'origine. Cette tendance a cependant pris fin avec la crise sanitaire, qui a provoqué une très forte croissance des dépenses de santé (+ 15 Md€) et un creusement des déficits⁵. Ce pourcentage du PIB consacré à la santé ne peut pas croître indéfiniment !

A cette réalité, s'ajoute le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui vont mathématiquement augmenter la demande de soins. En 2030, 21 millions de français auront plus de 60 ans soit près d'un tiers de la population.

La radiologie doit faire sa révolution, si nous ne modifions pas considérablement et fondamentalement nos pratiques et nos organisations actuelles, nous serons incapables de répondre aux besoins de la population ce qui nous sera à juste titre reproché.

C'est bien pour éviter une telle situation que nous anticipons et mettons en place les modalités du « cabinet 2030 ».

Les radiologues savent le rôle essentiel de l'imagerie dans le parcours de vie de chacun et comment ils peuvent aider à supporter les accidents de la vie s'ils sont là ou au contraire, les aggraver s'ils ne savent répondre à temps. Ils sont conscients de leur responsabilité sociale et sociétale afin que chaque patient puisse bénéficier du

« CES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES, LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX OUTILS NOTAMMENT DE COMMUNICATION, CLOUD, LIGNES À HAUT ET TRÈS HAUT DÉBIT, LA SÉCURITÉ INFORMATIQUE ONT UN COÛT QUI CONNAIT UNE CROISSANCE EXPONENTIELLE »

meilleur examen, réalisé le plus efficacement et confié pour analyse et interprétation au radiologue compétent dans la spécialité.

Pour atteindre cet objectif, **les radiologues refusent d'assister passivement au démantèlement de la spécialité au profit d'acteurs financiers** à qui la situation démographique n'a pas échappé qui drapés dans les habits de la vertu sont capables de promouvoir des solutions de prestations de service séduisantes aux yeux des tutelles proposant notamment la promotion de professions intermédiaires.

Deux chiffres clés, 233 sous-préfectures, 136 GHT, qui sont de taille variable mais rencontrent tous des difficultés organisationnelles de l'imagerie ou vont les rencontrer à très court terme. Les centres de proximité ne peuvent plus rester isolés et doivent pouvoir s'intégrer dans les projets territoriaux d'imagerie structurés afin de ne pas laisser créer des déserts médicaux.

(5) Fiche thématique : Vie publique dernière modification 30 novembre 2021

[...]

« ANTOINE BÉCLÈRE
S'EST BATTU PLUS DE VINGT ANS
POUR QUE LA RADIOLOGIE RESTE
AUX MAINS DES MÉDECINS ! »

[...] Concrètement quelles solutions proposer pour garantir l'accès à l'imagerie du dépistage à la radiologie interventionnelle sans oublier la permanence des soins, faut-il rappeler notre rôle essentiel dans la prise en charge des AVC, des embolies pulmonaires, ... ?

Les réponses s'appuient sur un trépied que nous maîtrisons, déjà déployé par certains d'entre nous, que nous avons la capacité de rapidement mettre en œuvre sur l'ensemble des territoires : télé-radiologie, compétence, pertinence.

Télé-radiologie, les outils existent, ils permettent d'amener la compétence au plus près de chaque territoire, notre modèle organisationnel qui associe télé-radiologie et présentiel répond aux attentes des patients et des équipes médicales et paramédicales. Il est facilement perfectible en facilitant la téléconsultation souvent nécessaire lors de la restitution des examens.

La gestion du temps médecin invite à proposer des organisations en appui avec nos collaborateurs.

Compétence, faut-il rappeler que depuis plus de vingt ans, les meilleurs élèves des facultés de médecine choisissent à l'issue du concours de l'internat la radiologie ? Notre spécialité qui a la chance d'avoir accueilli les cerveaux les plus brillants ne serait pas capable d'être innovante et devrait laisser à des acteurs financiers le soin de gérer à leur place !

Nous avons la compétence et la maîtrise des technologies, nous participons aux développements des outils d'intelligence artificielle qui feront de nous demain des radiologues augmentés qui garderont pour autant la responsabilité de la réalisation de l'acte et de son interprétation ce que nous revendiquons.

Pertinence, ce thème porté par la profession depuis plusieurs années doit maintenant prendre toute sa dimension notamment dans le cadre du tant attendu Dossier Médical Partagé (DMP), de l'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS) et de la gestion des datas afin d'éviter les examens redondants.



Rappelons **les quatre valeurs ajoutées du radiologue** : « valider la demande et donc la prise en charge. C'est la première valeur ajoutée du radiologue. La deuxième valeur ajoutée est la réalisation des actes que les radiologues contrôlent en présentiel ou à distance, en coopération avec les manipulateurs. La qualité de la réalisation est un élément primordial de la troisième valeur ajoutée du radiologue : l'interprétation de l'examen, qui doit être accompagnée d'un compte rendu structuré et diffusé. Enfin, la conclusion doit comporter une orientation ou une conduite à tenir qui constitue la quatrième valeur ajoutée du radiologue »⁶.

Ce trépied constitue le socle du nouveau workflow qu'il faut nécessairement mettre en place au risque, redisons-le, de ne pas répondre à la demande. Il faut libérer du temps médecin, par la pertinence et la compétence du radiologue augmenté qui gagnera du temps dans l'analyse notamment des examens de suivi des pathologies chroniques mais aussi de dépistage. Compétence qui doit diffuser au plus près des territoires grâce aux outils de communication. Pour mettre en œuvre un tel projet, il faut des moyens financiers nécessaires à la restructuration de l'imagerie. C'est une magnifique opportunité pour les radiologues d'investir afin de piloter eux-mêmes ces changements organisationnels qui permettent d'assurer le portage des centres d'imagerie et la transition générationnelle.

Relisons l'histoire de la radiologie depuis plus de cent ans, et souvenons-nous qu'Antoine Béclère s'est battu plus de vingt ans pour que la radiologie reste aux mains des médecins ! ●

(6) <https://doi.org/10.1016/j.jjidi.2018.02.004>

RADIOLOGUES, STRUCTURES DE MOYENS ET INFECTIONS NOSOCOMIALES



Maître Laure SOULIER,
Cabinet Auber



Maître Philip COHEN,
Cabinet Auber

Un centre de radiologie peut-il être qualifié d'établissement de santé au sens des dispositions de l'article L 1142-1, 1^{er} alinéa du code de la santé publique et de ce fait, voir sa responsabilité de plein droit retenue au titre des infections nosocomiales ?

Si la Cour de cassation avait déjà écarté cette qualification pour les centres de radiologie exerçant sous la forme d'une SCM (Civ. 1^{re}, 12 juill. 2012), la question était cette fois-ci posée pour les SARL.

LES FAITS :

Un patient, âgé de 70 ans, souffrait de douleurs au niveau de l'épaule droite, justifiant la réalisation d'un arthroscanner.

Cet examen était réalisé par un radiologue exerçant à titre libéral dans un centre d'imagerie dont les locaux étaient situés au sein d'un établissement de santé privé avec lequel une convention était signée.

Dans les suites de cet examen, une infection par streptocoque mitis était mise en évidence.

LA PROCÉDURE :

• Procédure de référé-expertise

Considérant avoir contracté une infection nosocomiale au sein de la SARL de radiologie, le patient assignait devant le juge des référés le radiologue, la société de radiologie et la clinique afin qu'une expertise soit diligentée.

Aux termes de son rapport, l'expert concluait à la survenue d'une **infection nosocomiale survenue**

dans les suites de l'arthroscanner sans qu'aucun manquement ne puisse être retenu à l'encontre du radiologue.

Recherchant une indemnisation de ses préjudices, le patient assignait le radiologue, la SARL de radiologie où l'acte avait été pratiqué, la clinique et la CPAM.

• La procédure devant le tribunal

Si la survenue d'une infection nosocomiale était difficilement contestable en l'espèce, la clinique considérait que sa responsabilité ne pouvait être recherchée.

Elle insistait sur le fait que l'acte à l'origine de cette infection avait été réalisé au sein de la SARL de radiologie qui était indépendante de sa structure et devait être considérée comme un établissement de santé distinct de la clinique.

Par jugement en date du 17 mars 2015, le tribunal de Bastia confirmait l'absence de tout manquement du radiologue et condamnait la clinique à indemniser les préjudices en lien avec l'infection nosocomiale survenue, après avoir expressément écarté la qualification d'établissement de la société de radiologie.

Le tribunal indiquait en effet que :

« Selon la convention signée entre la Clinique et le Centre Imagerie, le matériel radiologique de la SELARL [en réalité SARL] « est à la disposition de tous les praticiens intervenant à la Polyclinique du Docteur X. pour les examens de scanner des patients hospitalisés ou consultants.

Il est précisé que le tour de garde ou d'astreintes des radiologues « est communiqué au plus tard le 15 de chaque mois à la direction de la Clinique ».

Même si le Centre Imagerie, loue directement ses locaux à un particulier, en vertu d'un bail sous seing privé, il résulte du protocole de fonctionnement, que ce centre est situé dans les locaux

[...]



[...] de la Clinique et que les radiologues sont à la disposition de praticiens de la clinique pour ces actes d'imagerie, étant précisé que la Clinique ne prouve pas qu'elle dispose d'autre matériel lui permettant de réaliser ces actes.

Les locaux du centre d'imagerie sont donc hébergés par la Clinique.

Il est constant qu'un centre de radiologie a pour seul objet de faciliter l'exercice de la profession par chacun de ses membres, ce dont il résulte qu'il n'est pas l'une des structures auxquelles s'applique, en vertu de l'article L 1142-1 alinéa du Code de la Santé Publique, une responsabilité de plein droit pour les infections nosocomiales qui y sont intervenues.

En l'espèce, le Centre de radiologie assure tous les besoins de la clinique en matière de radiologie courante et bénéficie de l'exclusivité de l'installation et de l'usage de tout appareil radiologique dans la clinique, de sorte que cette dernière doit respecter les dispositions du code de la santé publique précité en matière d'infections nosocomiales. »

La clinique interjetait appel de ce jugement.

• La procédure devant la Cour d'Appel de Bastia

Si la condamnation de la Clinique était confirmée en appel, la motivation était cependant différente.

En effet, dans son arrêt en date du **22 février 2017**, la Cour d'Appel de Bastia considérait pour sa part que le centre de radiologie (en ayant relevé à tort qu'il s'agissait d'une SELARL alors qu'il

s'agissait d'une SARL) devait être qualifié d'établissement de santé :

« Si un centre de soins dont la forme juridique est une SCM de radiologie, n'est pas un établissement de santé au sens de l'article L 1142-1 du Code de la Santé Publique, tel n'est pas le cas d'une structure sociale qui a pour objet d'exercer la profession médicale. **La SELARL, centre de radiologie, constitue une des structures auxquelles s'applique, en vertu de l'article L 1142-1 alinéa 2 du Code de la Santé Publique, une responsabilité de plein droit pour les infections nosocomiales qui y sont survenues. Les débats sur la faute ou l'absence de faute sont donc inopérants.** »

La Cour d'appel a néanmoins considéré que la "SELARL" devait être considérée comme « étant le service de radiologie de l'établissement de santé, lui-même soumis aux dispositions de l'article L 1142-1 du Code de la Santé Publique pour les infections nosocomiales qui y étaient survenues. », expliquant ainsi que la condamnation de la clinique ait été confirmée.

Un pourvoi en cassation était formé par la clinique.

• Premier arrêt de la cour de cassation

Aux termes d'un arrêt en date du 12 septembre 2018, la 1ère Chambre civile de la Cour de cassation, sans se prononcer expressément sur la qualification de la SARL, cassait l'arrêt rendu par la Cour d'Appel de BASTIA sur un motif de procédure et renvoyait cette affaire devant la Cour d'Appel d'Aix en Provence.

• **La procédure devant la Cour d'appel de renvoi**
Par arrêt en date du 12 septembre 2019, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence considérait cette fois-ci que le centre de radiologie étant distinct de la clinique et réalisant des actes de diagnostic devait être tenu responsable de l'infection nosocomiale survenue :

« c'est bien au sein du centre de radiologie, établissement distinct de la Clinique et répondant à la définition de l'article L 1142-1 I du code de la santé publique en tant que réalisation des actes de diagnostic, que le patient a contracté une infection nosocomiale et non pas au sein de la clinique.

Pour fonder sa décision, la cour indiquait :

« la mise à disposition du scanner du centre pour tous les praticiens intervenant à la Clinique, réglementée par un protocole entre la clinique et le centre de radiologie qui fixe des règles destinées à faciliter le fonctionnement de la coopération entre les deux établissements, ne suffit pas à en déduire qu'il s'agit du centre de radiologie de la clinique.

Il n'est pas discuté que ces praticiens peuvent parfaitement adresser leurs patients à d'autres établissements et la cour relève que le protocole ne prévoit aucune règle d'exclusivité au profit du Centre de radiologie. La clinique indique sans avoir été contredite sur ce point que le centre de radiologie dispose de ses propres circuits d'approvisionnement concernant les dispositifs médicaux stériles et de son propre personnel de nettoyage pour les locaux et le matériel.

Il est également établi que la Clinique dispose de ses propres protocoles d'asepsie ainsi que d'un matériel de radiologie en propre qu'elle finance par contrat de location avec option d'achat.

Il convient enfin de relever que le patient a été adressé à ce centre de radiologie par son médecin traitant, sans lien avec la Clinique et il n'est produit aucun document relatif à une admission du patient au sein de la Clinique ».

La SARL de radiologie, s'opposant à toute qualification d'établissement de soins, ne pouvait bien évidemment accepter cette décision puisque son objet social n'est que l'exploitation, l'achat, la vente ou la location de matériel.

Un second pourvoi était alors formé.

• **Le second arrêt de la Cour de cassation en date du 10 novembre 2021 :**

Précisément interrogée sur la qualification d'établissement de santé, la 1^{ère} chambre civile de

LA SARL DE RADIOLOGIE, S'OPPOSANT À TOUTE QUALIFICATION D'ÉTABLISSEMENT DE SOINS, NE POUVAIT BIEN ÉVIDEMMENT ACCEPTER CETTE DÉCISION PUISQUE SON OBJET SOCIAL N'EST QUE L'EXPLOITATION, L'ACHAT, LA VENTE OU LA LOCATION DE MATÉRIEL

la Cour de cassation, dans son arrêt en date du **10 novembre 2021 (pourvoi n° B 19-24.227)** énonce, pour la première fois :

« **qu'une société à responsabilité limitée**, qui est constituée par des médecins radiologues pour exercer leur profession et a pour activité l'exploitation, l'achat, la vente et la location de matériel d'imagerie médicale et de radiothérapie, **ne peut être considérée comme un établissement au sens de l'article L. 1142-1, I, du code de la santé publique, soumis à une responsabilité de plein droit au titre des dommages résultant d'infections nosocomiales** ».

La Cour, dans le prolongement de sa jurisprudence antérieure concernant les SCM, fait également grief à la cour d'appel de ne pas avoir recherché :

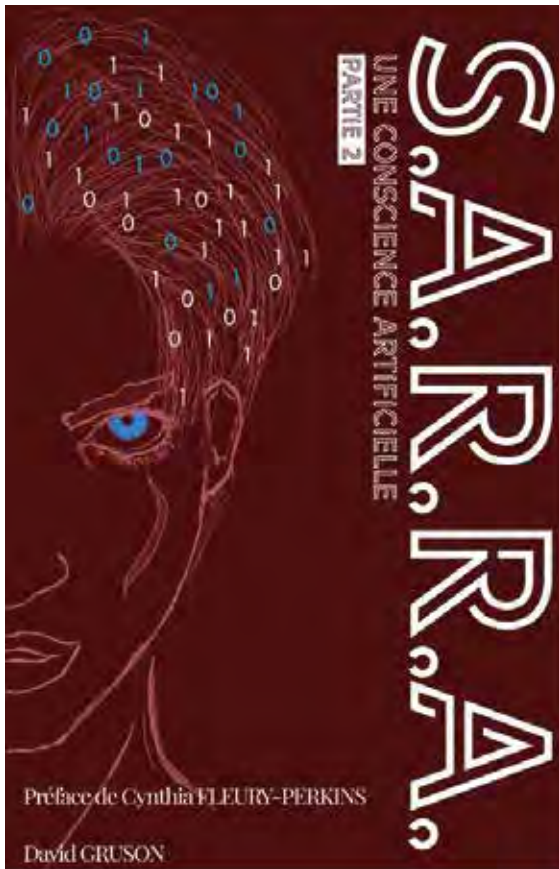
« s'il ne résultait pas du protocole conclu entre les parties pour le fonctionnement du scanner que la société était tenue d'assurer la permanence des soins des patients hospitalisés ou consultants à la clinique, par la mise en place, sous son contrôle, d'un planning de gardes et d'astreintes des radiologues et manipulateurs et constituait à ce titre le service de scanner de l'établissement de santé. »

Ainsi, au regard de la jurisprudence actuelle les SCM, SARL ou toute autre structure de moyens en radiologie ne peuvent être qualifiées d'établissement de santé et voir leur responsabilité de plein droit retenue au titre des infections nosocomiales.

Il en est évidemment de même pour le médecin radiologue dont la responsabilité professionnelle ne peut être engagée que pour faute. •

S.A.R.R.A., UNE CONSCIENCE ARTIFICIELLE

QUAND L'IA GÈRE LA CRISE



course-poursuite entre l'IA, l'Humanité et le Virus, le lecteur se retrouve au cœur de résonances incroyables entre la fiction et notre réel de temps de crise sanitaire. Ce deuxième tome explore plus profondément les interactions entre la Machine et sa créatrice, Mélusine, Médecin-Généraliste du Service de Santé des Armées. Dans ce roman qualifié de « prophétique » par la presse (Le Point), nous nous retrouvons plongés au cœur d'une pandémie d'Ebola en Europe. Ne tenant compte que des conséquences statistiques de ses choix et incapable d'envisager leur impact à l'échelle individuelle, l'Intelligence Artificielle prend des décisions hyper rationnelles mais dangereuses pour notre avenir comme humanité.

Autre impact dans le réel, c'est dans S.A.R.R.A. que l'auteur a inventé le principe d'une Garantie Humaine - notion introduite, depuis, dans la loi de bioéthique adoptée le 2 août 2021 et dans le règlement européen sur l'IA - afin de réguler les risques éthiques associés à de telles avancées technologiques. De la dystopie la plus radicale peuvent donc, aussi, émerger des lueurs d'espoir pour notre avenir collectif. ●

David Gruson, expert dans le domaine de l'intelligence artificielle en santé et contributeur régulier aux travaux de la FNMR, avait marqué les esprits, en juin 2018, avec la sortie du premier tome de son roman d'anticipation S.A.R.R.A., une intelligence artificielle, premier « polar bioéthique » sur le recours à l'IA face à une crise pandémique.

Le deuxième tome, écrit en 2019 et paru en mars 2020 en plein déclenchement de la pandémie de COVID, va encore beaucoup plus loin dans la réflexion sur les enjeux de la régulation éthique de l'intelligence artificielle et du numérique face à la crise sanitaire. Tout au long d'un récit mené tambour battant sous la forme d'une

**RÉCIT MENÉ TAMBOUR BATTANT
SOUS LA FORME D'UNE
COURSE-POURSUITE ENTRE L'IA,
L'HUMANITÉ ET LE VIRUS**

S.A.R.R.A., une conscience artificielle,
éditions Beta Publisher, mars 2020, 352 pages.

ÉLECTIONS BUREAUX

CALVADOS

■ Le Syndicat départemental du **Calvados** a procédé au renouvellement de son Bureau le 27 janvier 2022 :
Président : Dr François CHAVATTE (Lisieux)
Secrétaire général : Dr Virginie MARCELLIN FLAIS (Bayeux)
Trésorier : Dr Benoît MARIOTTE (Caen)
Membres du Bureau :
Dr François GARIN (Caen)
Dr Bertrand CHALLINE (Caen)
Dr Rémi BEAUDOUIN (Caen)

CHARENTE

■ Le Syndicat départemental de **Charente** a procédé au renouvellement de son Bureau le 18 novembre 2021 :
Président : Dr Franck FABARON (La Couronne)
Secrétaire général : Dr Pierrick MORALES (Chateaubernard)
Trésorier : Dr Romain VIALLE (Soyaux)

VENDEE

■ Le Syndicat départemental de **Vendée** a procédé au renouvellement de son Bureau le 16 décembre 2021 :
Président : Dr Christophe BEZIAT (Fontenay-Le-Comte)
Secrétaire général : Dr Abdelilah CHBIHI (La-Roche-sur-Yon)
Trésorier : Dr Ambroise BRETACHE (Les-Sables-d'Olonne)

VIENNE

■ Le Syndicat départemental de la **Vienne** a procédé au renouvellement de son Bureau le 27 janvier 2022 :
Président : Dr Frédéric DEFAUX (Poitiers)
Secrétaire général : Dr Thierry DIESCE (Poitiers)
Trésorier : Dr Philippe DESLANDES (Châtelleraut)

PETITES ANNONCES

N° 10966 972 - FORT-DE-FRANCE

Le Centre d'Imagerie de Montgérald Martinique cherche radiologue pour remplacement (radio-scanner-irm-échographie-mammo) à partir de janvier 2022
Tél. : 06 96 25 85 49

N°10967 55 - VERDUN

Cause retraite - A vendre cabinet entièrement équipé avec accès scanner et IRM.
Tél. : 06 14 18 06 18

N°10968 30 - BAGNOLS-SUR-CEZE

Cherche successeur, Bagnols/Cèze (30mn d'Avignon, 45mn de Nîmes, 1h de Montpellier) cause retraite Selaril 6 associés. Recherche successeur 2 sites + scan + IRM. Activités polyvalentes, mammo, tomosynth. Pas de garde.
Dr V. Segal- Tél. : 06 70 19 34 64
valere.segal@orange.fr

N°10969 64 - ORTHEZ

Proposition association - Cherche associé pour activité cabinet libéral et hospitalière sous contrat d'exercice libéral. Accès large imagerie en coupes. Activité radiologie générale échographie, doppler, mammo, dentaire, osteo. Pas de garde (assuré par téléradiologie)
Tél. : 06 08 48 00 11

N°10970 95 - VILLIERS-LE-BEL

Cause retraite 01/2023 cherche successeur cabinet installé au sein du groupe médical Bellevue, avec nombreux praticiens. Locaux accessibles handicapés. Radio conventionnel, écho, mammo, extension et développement scan/IRM possibles. Seul associé, 2 secrétaires, 1 manip.
Tél. : 07 86 55 30 78
simon.denyspierre@orange.fr

N°10971 91 - BRUNOY CENTRE-VILLE

Cherche radiologues pour remplacements ou en vue d'association à court terme, structure en plein développement sur un seul site, locaux neufs. IRM SIEMENS 1.5 Tesla 2021, scanner SIEMENS 2021, 2 échos SIEMENS 2019, cone beam, mammo avec tomosynth SIEMENS 01/2022, ostéo, 2 salles radio, capteur plan. Vac à aménager selon vos compétences.

Contacts pour toute information :
01 60 46 96 39 - directionirm@orange.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.

PRÉSIDENTIELLE 2022

INTERPELLEZ

LE FUTUR PRÉSIDENT !

À vos claviers !

À partir de votre expérience, de votre pratique médicale, vous avez observé des défauts, des

manques, des défaillances du système de santé. Vous avez aussi noté des points forts qu'il faudrait valoriser.

Transmettez-nous vos observations, vos questions, nous les ferons remonter aux candidats et à leurs référents santé. L'édition du mois de mars sera consacrée à cette élection. Nous publierons les réponses des candidats.



ENVOYEZ-NOUS
VOS REMARQUES, VOS QUESTIONS,
VOS PROPOSITIONS À :

info@fnmr.org
Objet : présidentielle 2022

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS RADIOLOGUES

168, RUE DE GRENELLE – 75007 PARIS

