

Le Médecin Radiologue libéral

#456 | juin 2022

le journal de la



TÉMOIGNAGE :
JÉRÔME CHEVILLOTTE
(SNITEM)

CA FNMR :
AVRIL 2022

DACS :

comment optimiser la dose patient



**RADIOLOGUE,
MANIPULATEUR**



**ENSEIGNEMENT EN LIGNE
DU 10 OCTOBRE
AU 10 NOVEMBRE 2022**



4 HEURES



380 EUROS*



OPCO

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Aider à la mise en œuvre d'un DACS dans le service d'imagerie
- Délivrer des pistes pour optimiser les pratiques quotidiennes
- Identifier toutes les applications possibles du DACS
- Apprendre à rédiger un cahier des charges en vue d'une installation adaptée au service d'imagerie
- Mettre en œuvre l'organisation permettant la bonne utilisation de ce logiciel

DÉROULÉ DE LA FORMATION

- Introduction et évaluation
- Module 1 : DACS : définitions, contexte, qu'attendre d'un DACS et pour quelles modalités ?
- Module 2 : Données disponibles - Rappels sur "ALARA" et "NRD"
- Module 3 : Rôle et responsabilité de l'équipe médicotechnique
- Module 4 : Exploitation des informations - Les alertes
- Module 5 : Exploitation des informations - Archivage, protocoles, analyse des pratiques professionnelles
- Module 6 : Offre actuelle - Mises en place vécues - Conclusion
- Évaluation des acquis et évaluation finale

FORMATEURS :

**M. Xavier GALUS,
Mme Estelle GUENEAU,**
manipulateurs en imagerie médicale
dans un centre de lutte contre le cancer

UN GRAND RENDEZ-VOUS MANQUÉ



« **INTERPELLEZ VOS NOUVEAUX DÉPUTÉS EN LEUR RAPPELANT LES AXES DE PROPOSITIONS DE LA FNMR POUR LE MAINTIEN DE L'OFFRE DE SOINS.** »

Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR.

Les élections présidentielles ont livré leurs résultats. C'est donc la continuité qui a été choisie par les Français. **Cette période électorale aurait pu être, compte tenu de la crise sanitaire que le pays vient de traverser, l'occasion de parler de la santé,** au sens large, en France. Il n'en n'a rien été.

Aucun candidat n'a jamais abordé réellement ce problème et cet enjeu majeur de l'avenir. Les réponses à nos questions (publiées dans le numéro spécial de notre revue n° 453 de mars 2022) ont été plutôt évasives et générales.

Est-ce un manque d'intérêt ou une volonté d'éluder ce sujet qui concerne pourtant toute la population ?

L'article que nous consacrons, dans cette revue, au retentissement de l'épidémie sur la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, montre bien **l'impact de la crise sanitaire sur le système de santé.**

Les présidentielles sont finies avec un grand absent des débats : la santé.

Les législatives sont à venir. Peut-être les candidats députés seront plus réceptifs à la prise en charge des patients dans leur circonscription.

Interpellez vos nouveaux députés en leur rappelant **les axes de propositions de la FNMR** pour le maintien de l'offre de soins :

- 1. Assurer une offre complète d'imagerie dans tous les territoires
- 2. Développer l'imagerie moderne permettant d'optimiser la prise en charge des patients et la pertinence des soins
- 3. Renforcer la prévention des cancers avec la mise en place du dépistage du cancer du poumon
- 4. Promouvoir la pertinence des actes par un cercle vertueux d'économies
- 5. Arrêter les baisses tarifaires récurrentes afin de ne pas fragiliser l'offre en imagerie

6

JÉRÔME CHEVILLOTTE
PRÉSIDENT DU GROUPE IMAGERIE SNITEM
« LA RADIOLOGIE DE DEMAIN »
TÉMOIGNAGE



SÉCUR NUMÉRIQUE

16

SÉCUR DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ - RADIOLOGIE
FICHE SÉCUR RADIOLOGIE

10



UNE ACTUALITÉ ABONDANTE POUR LA RADIOLOGIE
CA FNMR AVRIL 2022

IMPACT DU COVID SUR L'ACTIVITÉ D'IMAGERIE LIBÉRALE
ECONOMIE



22



CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET RADIOLOGIE
RADIOLOGIE

20

5

BRÈVES

28

JURIDIQUE STRUCTURES AUTONOMES ET INFECTIONS NOSOCOMIALES

30

FNMR ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE 2022

31

ÉLECTIONS BUREAUX FNMR

31

PETITES ANNONCES

ANNONCEURS : FORCOMED p. 2 - p. 32 - LABELIX p. 15

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

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

DOCUMENTS À VERSER DANS LE DMP

LA LISTE DES DOCUMENTS À TRANSMETTRE DANS LE DMP EST ÉLARGIE. POUR LA RADIOLOGIE :

Documents à verser dans le DMP et à envoyer par Messagerie sécurisée aux autres professionnels et au patient	Versement au DMP	Envoi par messagerie sécurisée		Date d'entrée en vigueur
		aux autres professionnels*	au patient	
Le compte rendu des examens radio-diagnostiques (hors compte rendu produit dans le cadre d'un séjour hospitalier)	X	X	X	31/12/2022
La demande d'examen de radiologie (pour les actes ayant vocation à être pratiqués hors séjour hospitalier)	X	X(*)	X	31/12/2023
Les lettres et courriers adressés à un professionnel de santé (hors séjour hospitalier)	X	X	X	31/12/2023

(*) L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

(Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique NOR : SSAD2207653A)

TÉLÉCONSULTATION -
TÉLÉRADIOLOGIE

**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Charte de bonnes pratiques
de la téléconsultation

L'Assurance maladie et les syndicats représentatifs signataires de la convention médicale avec l'ordre des médecins ont élaboré une Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation pour accompagner son développement conformément à l'avenant 9. Le Conseil Professionnel de la Radiologie (G4) et le CNOM ont co-signé une charte de la téléradiologie. Toujours dans l'esprit de l'avenant 9, l'Assurance maladie la signera-t-elle ?

SESAM VITALE

BILAN 2021



Pour 2021, Sesam-Vitale enregistre des chiffres en très forte hausse en raison de la pandémie mais aussi du développement du numérique en santé.

Télémédecine : taux de déploiement de 87,5 % chez les médecins (67,4 % en 2020).

E-prescriptions de médicaments : 385 000 (180 000 en 2020).

Accès au télé-service de l'Identifiant National de Santé intégré (INSi) : 16,5 M (67 725 en 2020).

Feuilles de soins électroniques transmises : 1,393 milliard (1,207 Md en 2020).

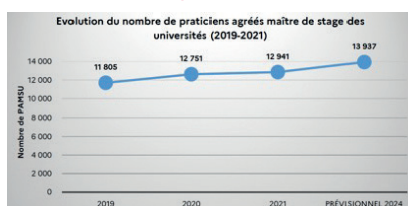
Pièces justificatives dématérialisées (SCOR) : 2,093 Md (1,807 Md en 2020).

LE DR BRUNO PERROUY,
PRÉSIDENT DES SPÉCIALISTES
CSMF

Le Dr Bruno Perrouy a été élu président des Spécialistes CSMF le 20 avril 2022. La FNMR lui adresse toutes ses félicitations.

UN ESPACE EUROPÉEN
DES DONNÉES DE SANTÉ

La Commission européenne a présenté le 3 mai sa proposition de règlement pour la création d'un espace européen des données de santé. Celui-ci vise non seulement à faciliter l'accès des personnes aux informations les concernant et à améliorer les soins mais aussi à soutenir la recherche sur la santé et l'élaboration de politiques en la matière. (Proposal for a Regulation of the European parliament and of the council on the European Health Data Space).

STAGES 2^{ÈME} ET 3^{ÈME} CYCLE EN AMBULATOIRE

DGOS et DGESIP signent une circulaire visant à augmenter le nombre de praticiens maîtres de stage des universités (PAMSU) de 7,7% d'ici 2024. Actuellement au nombre de 12 941, les PAMSU devraient passer à 13 937 en 2024. Le nombre d'étudiants de 3^{ème} cycle réalisant un

stage en ambulatoire est passé 6 273 à 6 648 de 2019 à 2021, soit une hausse de 6%. D'ici à 2024, la circulaire estime que 1 000 étudiants de plus devraient être accueillis en stage.

(Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022).

« PENSER COLLECTIVEMENT LA RADIOLOGIE DE DEMAIN ! »»

JÉRÔME CHEVILLOTTE

PRÉSIDENT DU GROUPE
IMAGERIE DU SNITEM¹
BUSINESS MANAGER POUR
L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE
ET INTERVENTIONNELLE
DE PHILIPS FRANCE

JÉRÔME CHEVILLOTTE ANALYSE
LES GRANDES TENDANCES DU
MARCHÉ FRANÇAIS DE L'IMAGERIE
MÉDICALE, DONT IL DÉVOILE LES
PISTES D'ÉVOLUTION À MOYEN TERME.
SELON LUI, LA VALORISATION ET LA
DIFFUSION DE L'INNOVATION SERONT
DEUX PARAMÈTRES DÉTERMINANTS
POUR REDYNAMISER L'ACTIVITÉ
INDUSTRIELLE ET RENFORCER
L'ACCÈS AUX SOINS RADIOLOGIQUES. .

■ Quelles sont les principales caractéristiques du marché français de l'imagerie médicale ?

Il se caractérise notamment par le dynamisme de son parc technologique. Les équipements installés sont relativement modernes, du moins en ce qui concerne les scanners et les IRM, qui sont renouvelés assez régulièrement malgré la hausse récente des durées d'exploitation. Depuis deux ans, les autorités sanitaires délivrent

(1) Syndicat National de l'Industrie des
Technologies Médicales



« LES IMPACTS DIRECTS ET INDIRECTS DE LA PANDÉMIE VONT GÉNÉRER UNE HAUSSE DES PRIX ET DES DÉLAIS DE LIVRAISON DES ÉQUIPEMENTS »

de plus en plus souvent de nouvelles autorisations pour améliorer l'accès aux soins radiologiques, en particulier dans les territoires les plus sinistrés. Cette politique volontariste bonifie les performances du marché hexagonal, dont la croissance est estimée entre 9 et 10 %.

■ Quelles sont les perspectives d'évolution à moyen terme ?

Le marché français devrait se stabiliser dès 2023. Une fois les grandes vagues de renouvellement passées, notamment dans le cadre de la révision des projets régionaux de santé, il retrouvera son niveau de croissance naturelle, soit aux alentours de 5 %. Des impacts conjoncturels sont néanmoins à prévoir. La pandémie aura très certainement des conséquences notables sur la disponibilité, le prix et la livraison des matières premières ou des composants électroniques indispensables à la fabrication des équipements d'imagerie. Parmi d'autres contraintes, les coûts et les délais de production vont mécaniquement augmenter dans les années à venir. Ils se répercuteront fatalement sur les prix de vente. Ces difficultés affecteront autant les industriels que les radiologues libéraux qui pâtiront également de la hausse des taux financiers. A la différence des radiologues hospitaliers, ils financent intégralement leurs équipements lourds.

■ Quels sont les principaux freins à lever pour atténuer ces impacts ?

Très loin derrière les Etats-Unis et la Chine, la France souffre aussi de la comparaison avec l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie, qui sont pourtant des pays comparables. Outre le coût élevé de la main d'œuvre et le poids financier induit par diverses obligations réglementaires, les conditions tarifaires et les niveaux de marge sont globalement moins avantageux sur le marché français, en raison notamment de la massification croissante des achats. Le regroupement progressif

des structures publiques, privées et mixtes crée de nouveaux besoins, mais il génère une baisse mécanique du prix de vente des équipements, au détriment des fabricants. Selon les années, elle oscille entre 1 et 3 %. Un seuil fatidique a été atteint en matière de rentabilité. Les industriels du secteur doivent impérativement maintenir des niveaux de marge suffisants, ne serait-ce que pour continuer à investir dans la R&D.

■ Comment optimiser les performances du marché ?

Il existe deux leviers critiques pour redynamiser l'activité industrielle : la valorisation et la diffusion de l'innovation, sous toutes ses formes. L'innovation technologique devra être mieux distinguée, mieux reconnue et mieux rémunérée. Sa diffusion devra également être élargie au plus grand nombre. Ses délais d'accès devront être significativement réduits dans l'intérêt des patients. A plus large échelle, radiologues et industriels devront œuvrer de concert pour démontrer leurs bénéfices thérapeutiques, organisationnels et médico-économiques. La stabilité et la prédictibilité du cadre budgétaire seront par ailleurs des enjeux majeurs. Le principe d'une enveloppe fermée accentue la pression exercée sur les tarifs radiologiques, souvent en défaveur de la santé publique. Le pouvoir politique doit adopter un mode de régulation adapté et promouvoir un environnement propice aux investissements innovants. Il faut penser collectivement la radiologie de demain.

■ Quelles sont vos principales attentes pour le prochain quinquennat ?

Il manque une vision stratégique claire et des objectifs concrets qui permettraient de mieux anticiper tous les bouleversements en cours. Au-delà des aspects économiques et budgétaires, le prochain gouvernement devra relever des défis humains, technologiques et organisationnels. Le [...]

[...] renforcement du parc radiologique est une vraie bonne nouvelle, mais cette évolution soulève plusieurs problématiques, notamment en matière de ressources humaines. Elle implique un nombre suffisant de radiologues et de manipulateurs pour faire fonctionner les équipements et garantir la qualité de la prise en charge des patients. L'attractivité des conditions d'exercice sera notamment un paramètre déterminant pour accroître les effectifs disponibles. Les pouvoirs publics devront également fléchir plus équitablement les moyens humains et techniques dans les territoires pour réduire les inégalités d'accès aux examens d'imagerie. A l'instar d'autres solutions digitales comme la télé-assistance à l'acquisition ou la collaboration à distance en échographie, la télé-radiologie permet de répondre en partie à ces défis et doit trouver une juste place par rapport à la radiologie de proximité.

■ Quel peut-être l'apport du numérique dans les parcours de santé ?

Ce sera un outil indispensable pour absorber la hausse programmée de la demande de soins, accentuée par l'augmentation et le vieillissement de la population, mais aussi pour rationaliser les modes de prise en charge. Le Ségur de la santé numérique marque un tournant radical. Il permettra notamment d'accompagner la digitalisation des comptes rendus et des clichés radiologiques, et leur rapatriement dans le dossier médical personnel. A travers l'espace numérique de santé, l'imagerie deviendra une composante essentielle des parcours de soins, dont le pilo-

« LE PROCHAIN GOUVERNEMENT DEVRA RELEVER DES DÉFIS ÉCONOMIQUES, TECHNOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELS »

tage et le suivi sera facilité par un meilleur partage des données entre les soignants et les patients. Acteur incontournable du PACS³, Philips participera activement à ce processus d'archivage et de transmission des images médicales. Notre groupe appuiera également tous les développements technologiques à venir, en particulier dans le domaine de l'intelligence artificielle.

■ Quels sont les bénéfices attendus ?

Positionnement, temps et qualité des séquences, aide à la décision clinique... L'intelligence artificielle va optimiser les pratiques radiologiques et la prise en charge des usagers. Elle permettra plus particulièrement d'affiner la précision du

(2) Comité Stratégique de Filière industries et Technologies de Santé

(3) Picture Archiving and Communication System

CSF ITS² : UN NOUVEL ÉLAN POUR L'IMAGERIE MÉDICALE

Signé en juin 2021, le dernier avenant au CSF « industries et technologies de santé » prévoit notamment la création d'une filière dédiée à l'imagerie médicale. Totalement inédit, le projet est particulièrement ambitieux. « Il consiste à identifier les nouveaux besoins, notamment en matière de formation, pour favoriser le développement et la production de technologies de rupture sur le territoire français », explique Jérôme Chevillotte, président du groupe imagerie du Snitem et business manager pour l'imagerie diagnostique et interventionnelle chez Philips France. Imagerie mobile, imagerie hybride, imagerie miniaturisée... Plusieurs pistes sont actuellement étudiées. L'intelligence artificielle figure également au menu des discussions. Parmi d'autres enjeux, une utilisation plus fine des données de santé pourrait permettre de stimuler la recherche, le progrès technologique et l'apprentissage, en facilitant la validation des preuves de concept, la conception d'applications utiles et la mise en place de programmes de formation pertinents. « Toutes les parties prenantes sont impliquées dans une logique de co-construction. Les travaux progressent bien. Des recommandations concrètes seront formulées dans les prochains mois », assure Jérôme Chevillotte.

NB : le Comité stratégique de filière « industries et technologies de santé » comporte quatre grands axes, complétés par deux priorités transversales : antibiorésistance, bioproduction, intelligence artificielle, rayonnement international de la France ; formation et développement des compétences, soutien à l'essor des PME.



DR

**« L'EXPÉRIENCE PATIENT
ET LES PRÉFÉRENCES DES
UTILISATEURS SERONT
MIEUX CONSIDÉRÉES DANS
LES SOLUTIONS TECHNOLOGIQUES
DÉPLOYÉES »**

diagnostic et de libérer du temps médical. Des travaux sont actuellement menés pour simplifier l'exploitation des équipements, notamment en matière d'installation. Plus largement, l'expérience patient et les préférences des utilisateurs seront mieux considérées dans les solutions déployées. Plus immersifs, plus coopératifs et plus ergonomiques, de nouveaux environnements seront proposés pour réduire les échecs liés à l'anxiété, et améliorer les conditions d'exercice des radiologues et des manipulateurs. Le progrès technologique contribuera à renforcer la qualité, la sécurité et l'accès aux soins.

■ Quid de la participation des industriels aux congrès organisés en France ?

Les congrès demeurent des moments privilégiés pour découvrir, partager et diffuser des connaissances scientifiques et techniques, en France comme à l'international. Ces échanges sont indispensables pour démocratiser l'innovation. Accentuée par la crise sanitaire, la dématérialisation de ces événements interroge néanmoins le modèle traditionnel, non sans questionner les conditions de notre participation financière. Le format et le nombre de participants vont probablement devenir des critères déterminants dans la décision d'investissement. Il faudra trouver le

bon équilibre entre le présentiel et le virtuel, en fonction de l'intérêt porté aux communications industrielles. Le débat n'est pas encore tranché, mais nous seront certainement beaucoup plus vigilants sur les coûts engagés dans les années qui viennent.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

**PHILIPS : UNE RÉFÉRENCE
SUR LE MARCHÉ FRANÇAIS**

Poids lourd du marché mondial des technologies médicales, Philips est solidement implanté en France. Résolument tourné vers l'intelligence artificielle, le groupe néerlandais investit régulièrement dans son Hub IA, implanté à Suresnes, qui regroupe une cinquantaine de chercheurs. Il monte également des partenariats innovants avec des acteurs locaux, non sans procéder à des acquisitions ciblées, comme en témoignent les récents rachats de Cardiologs et Capsule. Dans le domaine de l'imagerie médicale, Philips développe notamment des technologies et des systèmes intelligents pour renforcer la qualité des soins. Il conceptualise aussi des solutions plus immersives pour optimiser l'expérience patient, et des solutions plus ergonomiques pour améliorer les conditions d'exercice des radiologues et des manipulateurs. Il participe par ailleurs à la réduction des coûts de santé via ses innovations. Selon certaines études, son scanner spectral pourrait notamment permettre de réduire les examens de deuxième intention pour confirmer un diagnostic. « La diffusion de cette technologie de rupture pourrait se traduire par des économies non négligeables pour la collectivité », souligne Jérôme Chevillotte, président du groupe imagerie du Snitem et business manager pour l'imagerie diagnostique et interventionnelle chez Philips France.

UNE ACTUALITÉ ABONDANTE POUR **LA RADIOLOGIE**

LE NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE, FRANÇOIS JAMBON, ET SON PRÉDÉCESSEUR, ÉRIC CHAVIGNY, REMERCIENT LES RADIOLOGUES PRÉSENTS À BORDEAUX DE LEUR PARTICIPATION AU SÉMINAIRE «LES SOCIÉTÉS PLURI-SPECIALITÉS» ET AU CONSEIL D'ADMINISTRATION.



Présentation des comptes FNMR 2021

Le trésorier, Dominique Masseys, présente le tableau d'activité 2021 de la Fédération. Il appartient au conseil d'arrêter les comptes en prévision de l'assemblée générale de juin.

Les recettes pour 2021 sont en hausse de plus de 50%. Le montant des cotisations des adhérents double en raison d'une meilleure rentrée et du retour au taux normal de cotisation. Les cotisations 2020 ont été réduites pour cause de Covid-19. **Le nombre d'adhérents est en hausse** - avec quatre-vingts nouveaux adhérents et vingt-quatre ré-adhésions - ce qui est remarquable dans le contexte démographique de la profession. Les cotisations «scanner et IRM» progressent aussi légèrement.

Le trésorier et son adjoint, Jean-Charles Guilbeau, remercient les trésoriers départementaux et régionaux ainsi que les présidents de leur travail pour la remontée des cotisations. La participation des centres scanners et IRM est aussi un point fort pour l'action de la FNMR.

La progression du nombre d'adhérents est un signe de bonne santé de la Fédération mais c'est surtout un atout, une force dans les départements, les régions et nationalement pour défendre la profession.

Le trésorier rappelle que le syndicat national des radiothérapeutes oncologues adhère aussi à la FNMR.

Les dépenses ont été inférieures aux prévisions ce qui donne un résultat net positif.

Pour 2022, les prévisions de recettes sont estimées avec prudence à un niveau inférieur à 2021.

Les dépenses envisagées, y compris une réserve pour des actions de défense de la profession, sont d'un même montant pour un résultat à l'équilibre.

Les comptes sont approuvés à l'unanimité par le Conseil.

Autorisation de représentation de certains membres du bureau

Éric Chavigny, Vice-Président de la FNMR, rappelle que **la crise du Covid-19 a fortement impacté les comptes de la Fédération** en réduisant ses dépenses de fonctionnement (moins de déplacements, de réunions, etc.) **et entravé son activité normale.**

Les dossiers engagés, comme le plan pluriannuel, la réforme des autorisations, etc., n'ont pas pu être traités dans les délais prévus. Nombre de réunions avec les ministères ou l'assurance maladie ont été reportées ou annulées. C'est le cas d'un éventuel nouveau plan de pertinence, sans baisse tarifaire, ou du dépistage du cancer du poumon, par exemple.

Compte tenu de ces difficultés de fonctionnement pendant deux ans et du retard pris en conséquence sur certains dossiers, il serait oppor-



tun d'ouvrir **la possibilité pour les membres du bureau, dont le président, d'être exceptionnellement candidat pour un quatrième mandat.**

Ce serait la possibilité de finaliser le travail engagé par le bureau et son président alors que les statuts limitent le nombre de mandats à trois pour plusieurs membres du bureau.

Bien évidemment, cette possibilité ne modifierait en rien l'organisation de la prochaine élection du président de la FNMR.

Le vice-président invite les administrateurs à réfléchir à cette proposition pour la soumettre au vote lors d'une assemblée générale extraordinaire prochaine.

Jean-Philippe Masson, président, précise que c'est à la demande du bureau restreint qui l'a sollicité pour un éventuel renouvellement de mandat. Il en est d'accord sous réserve que ce soit **avec l'ensemble du bureau et des groupes de travail pour achever ce qui a été commencé.** Notre avocat indique qu'il faut un avenant aux statuts prévoyant la possibilité pour le présent bureau de se représenter au vote de mars 2023 à titre exceptionnel et non reproductible. L'avenant doit être approuvé par une assemblée générale extraordinaire.

FNMR/CNAM

Le contact a été repris avec l'Assurance maladie (CNAM) avec une première rencontre pour examiner le projet de protocole que la Fédération a



adressé à l'assurance maladie. Il repose sur **la pertinence, sans baisse tarifaire.**

Les responsables de la CNAM ont indiqué avoir bien entendu notre refus de baisse tarifaire et n'ont pas annoncé s'y opposer. Le plan proposé comporte plusieurs dispositions qui visent à un accord gagnant-gagnant et à l'abrogation de l'article 99. La Fédération propose un plan de 5 ans, la caisse veut le limiter à 3 ans. Il faut attendre la réponse de la CNAM pour dévoiler les détails.

Dans l'immédiat, la Caisse est d'accord pour mettre en place un groupe de travail tripartite FNMR-CNAM-MG France pour encourager et informer les médecins généralistes.

Le forfait urgence imagerie

Alors que la réforme est applicable au 1^{er} janvier 2022, **les mises à jour logiciel ne sont pas prêtes.**

Les groupes de radiologues qui sont concernés sont exclusivement ceux qui exercent dans les 121 cliniques agréées «urgence». Pour évaluer l'impact de la réforme, trois mois au moins sont nécessaires.

Des forfaits imagerie transitoires sont fixés pour 2022. Ils seront relevés en 2023 et deviendront définitifs. Ils suivront ensuite l'évolution des prestations hospitalières aux établissements qui progressent habituellement chaque année même si c'est d'un pourcentage réduit.

Devant le retard pris par les éditeurs, la CNAM a

LES FORFAITS URGENCE IMAGERIE

Le montant des deux forfaits (Imagerie conventionnelle et échographie – imagerie en coupe) a été calculé à partir des volumes et des tarifs 2019. A partir de 2023, ces montants sont définitifs quel que soit le nombre d'actes réalisés.

provoqué une réunion, présidée par son directeur général, avec eux et la FNMR. L'objet était de **rappelez aux éditeurs leur obligation de réaliser ces mises à jour financées par l'État et qui ne doivent donc pas faire l'objet de facturation aux radiologues.**

Wilfrid Vincent, délégué général, indique qu'une autre réunion s'est tenue avec la DGOS¹ pour définir le cahier des charges des éditeurs. L'échéance annoncée pour les mises à jour est, actuellement, 2023. Il a été rappelé aux éditeurs que les mises à jour sont gratuites pour les radiologues à l'exception éventuelle de logiciels qui ne feraient plus l'objet de maintenance. Il faut enfin, que les cliniques fassent aussi les mises à jour nécessaires. [...]

(1) Direction générale de l'offre de soins



© Olivier Turffé

[...] Quel que soit le délai, **les radiologues facturent tous leurs actes en CCAM²** puisqu'ils ne peuvent pas savoir si le patient sera hospitalisé ou non. En revanche, dans le cas d'un patient non hospitalisé, le remboursement se fait par forfait. C'est le rapprochement entre les flux qui posera problème tant que les mises à jour ne sont pas faites.

Haut Conseil des Nomenclatures (HCN)

Le HCN, en charge du pilotage de la révision de la CCAM², est présidé, à parité hospitalier-libéral, par deux chirurgiens. Parmi les autres membres du HCN, on note la présence d'une radiologue hospitalière. Le HCN est aussi «aidé» par un cabinet conseil : PricewaterhouseCoopers (PWC).

Les actes sont revus par des groupes d'experts, nommés «comités cliniques» pilotés par des médecins experts ; les référents. Les noms des experts et des référents sont proposés par les Conseil Nationaux Professionnels (CNP radiologie pour notre spécialité) et validés par le HCN. Un de nos experts, Jean-Christophe Delesalle, a été refusé car membre du bureau de la FNMR. Le règlement intérieur du HCN précise que les experts et référents ne doivent pas dépendre d'un groupe de pensée, d'une famille spirituelle, intellectuelle ou syndicale. Ainsi notre secrétaire général ne peut pas être expert alors que le directeur du département des actes de la CNAM peut prendre les fonctions de secrétaire général du HCN. Comprenez qui pourra.

L'échéance pour la révision de la CCAM est de 2 ou 3 ans.

La FSM

La Fédération des Spécialités Médicales (FSM) regroupe les Conseils Nationaux Professionnels. Elle

est présidée par un chirurgien, Olivier Goëau-Brissonnière.

La FSM a préparé une tribune qu'elle envisage de publier pendant la campagne pour l'élection présidentielle. Le projet a été adressé à tous les CNP pour signature.

Dans cette tribune, **certains passages ressortent de l'action syndicale ce qui n'est ni du ressort de la FSM ni de celui des CNP.** Ainsi, cet extrait relatif aux revenus : *Est-il ainsi normal, comme en attestent les statistiques de la CARMF,*

que les bénéficiaires moyens de certaines spécialités soient plus de quatre, voire cinq fois, supérieurs à ceux d'autres spécialités ? De même, il est difficile d'expliquer à nos jeunes collègues qu'en restant à l'hôpital, ils vont pendant un certain nombre d'années avoir un salaire médian de base un peu supérieur à 37

000 euros annuels après 14 ans d'études et rester confronter à des contraintes organisationnelles et administratives qui les découragent lorsqu'ils voient que leurs camarades d'études ont les mains plus libres dans le privé ? Une souplesse du statut et une plus grande liberté du médecin pour ses choix de carrière nous semblent indispensables. Avec cet objectif, un certain nombre de propositions ont été portées par les CMP et en particulier pour une activité équivalente, une rémunération au même niveau de revenus, soit en salaire soit en honoraires, quels que soient le lieu et le mode d'exercice. Une rémunération plus équitable entre spécialités et une meilleure prise en compte de la pénibilité, en particulier de la permanence des soins, des gardes et des astreintes, et une rémunération davantage basée sur la qualité des soins en fonction d'indicateurs de résultats qui intègrent les activités transversales.

La FNMR a manifesté son opposition à la publication d'un tel texte tant auprès du président de la FSM que du CNP radiologie qui l'a pourtant signée.

Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP se met en place, en commençant par l'envoi automatique des comptes rendus.

Dans un premier temps, ils seront en PDF. Par la suite, les comptes rendus seront structurés avec des protocoles informatiques. La demande dématérialisée sera rendue obligatoire et devra mentionner le motif de l'examen. Le volet image



(2) Classification Communes des Actes Médicaux

arrivera fin 2023 ou début 2024. Il transitera par DRIM France IA qui fera office de portail de sécurité.

Le DMP fait partie du Ségur numérique. **C'est une mise à jour obligatoire, financée par l'État directement auprès de l'éditeur.** Sauf exception, si le logiciel n'est plus maintenu, l'éditeur ne peut pas faire payer le radiologue pour une version nouvelle. Il doit présenter un devis que le radiologue signera. L'éditeur sera ensuite payé par l'État.



Le PocDose

Emmanuel Museux sollicite **les radiologues libéraux équipés de DACS pour participer à une étude de DRIM sur le PocDose**, (données dosimétriques associées aux examens radiologiques). Actuellement, les données proviendraient principalement des DACS hospitaliers.

Il faudrait intégrer des données en provenance des RIS qui sont renseignés à travers la dose, même si c'est un peu moins précis. A terme, les données seront hébergées sur le Health Data Hub.

Les manipulateurs

Une rencontre entre le Conseil National Professionnel des radiologues et celui des manipulateurs est programmée. Elle fait suite à une demande du CNP manipulateurs au ministère de la santé de discuter des pratiques avancées pour leur profession.

La position des radiologues est claire. **Le métier des manipulateurs est l'acquisition des images. Le diagnostic nécessite le diplôme de médecine.**

Un administrateur note qu'il n'a pas connaissance de manipulateurs qui demanderaient à faire de l'échographie, de la mammographie, etc.

Un autre administrateur fait état d'un projet de création d'une structure indépendante destinée à faire tourner plusieurs IRM avec une personne



chargée d'installer les patients, de les piquer et un manipulateur pour programmer les séquences à distance. Dans une autre région, des IRM fonctionneraient avec un médecin généraliste pour surveiller les injections.

Le président rappelle l'opposition ferme de la Fédération à ce type de pratique. Il rappelle aussi **la pénurie de manipulateurs** faute d'un nombre suffisant d'étudiants formés. Les filières des lycées professionnels sont plus ouvertes et peuvent être des interlocuteurs pour les radiologues. Il signale également que dans la mesure où il n'y a pas d'équivalence entre le diplôme français - qui forme au radiodiagnostic, à la radiothérapie et à la médecine nucléaire - et ceux des autres pays - qui ne forment qu'à une des spécialités -, les manipulateurs titulaires d'un diplôme étranger ne peuvent pas exercer en France.

Une étude de la FNMR, en 2022, a montré qu'il manque en moyenne 12% de manipulateurs en France, soit plus de mille. Le nombre de diplômés formés en France est loin du compte.

Formations FORCOMED

Jean-Charles Leclerc, président de FORCOMED, rappelle qu'il ne reste plus qu'une année pour **remplir l'obligation triennale pour le DPC³**. Ceux qui n'ont pas fait de formation DPC sur les 3 ans doivent s'inscrire rapidement auprès de FORCOMED.

Par ailleurs, la **formation «mammographie» a été intégralement renouvelée** avec des nouvelles consoles et des nouveaux cas cliniques. FORCOMED projette de proposer, pour les JFR 2022, une formation non pas validante à la mammographie mais de remise à niveau.

[...]

15 HEURES (adhérent FNMR : 950 euros)
1090 EUROS

Mammographie numérique : organisation du dépistage, contrôle de qualité et lecture pour premiers et seconds lecteurs

DÉROULÉ DE LA FORMATION

- Enseignement théorique par e-learning
- Ateliers pratiques en présentiel





[...] Qualité - Labellisation

Jean-Charles Leclerc enchaîne sur la qualité. L'approche en biologie est passée par une accréditation imposée très contraignante et très coûteuse pour les laboratoires. **La radiologie a choisi de développer son propre référentiel, c'est la norme AFNOR, déclinaison de Labelix.** Actuellement, la profession travaille avec la DGS⁴ pour préparer la mise en place des audits par les pairs, ce qui est beaucoup plus «léger» que l'accréditation type biologie.

L'obligation en radiologie est la transcription dans le code de la santé publique de la directive Euratom 2013/59, c'est à dire l'audit par les pairs. Le référentiel est la norme AFNOR.

La question des audits n'est pas simple puisqu'il y a environ mille cinq cents équipes à auditer sur une période de cinq ans, soit plus de trois cents par an. Il faut trouver les équipes de radiologues disponibles pour s'engager comme auditeur.

Pour protéger la norme adoptée en France, nous la portons au niveau européen en proposant au Comité Européen de Normalisation la création d'un comité technique pour rédiger une

norme européenne sur la base du modèle français. Les trente-quatre pays qui composent le CEN doivent se prononcer prochainement.



Les dépistages du cancer du poumon et du sein

La haute Autorité de Santé (HAS) vient de recommander le **lancement d'expérimentations du dépistage du cancer du poumon**. La FNMR est actuellement en discussion avec une importante mutuelle pour lancer une expérimentation qui s'appuierait sur une application permettant de «sélectionner» les patients susceptibles d'être dépistés.

Dominique Maseys rappelle que la Fédération a mis en place **le dépistage organisé du cancer du sein**. Tant que celui-ci est resté dans le cadre départemental, les radiologues en sont restés les pilotes. Le passage au niveau régional a créé des situations disparates.

- **En Nouvelle-Aquitaine**, nous avons observé des tentatives pour se détourner du cahier des charges national. Les choses semblent être rentrés dans l'ordre depuis. **En Occitanie**, il a fallu que les radiologues se battent pour reprendre le contrôle du dépistage. **Dans les Hauts-de-France**, il y a un radiologue membre du bureau départemental dans chaque département. La coordination au niveau régional est bonne. Quand des retards sont enregistrés en seconde lecture dans un département, les mammographies sont envoyées dans d'autres départements de la région.
- **La Bretagne** ne connaît pas de difficultés particulières. Le CRCDC⁵ s'est opposé à la réalisation de mammographies par des manipulateurs. Mais il y a de moins en moins de médecins dans les structures de gestion.
- **En PACA**, c'est une radiologue, Brigitte Sérador, qui dirige la structure et un autre radiologue est trésorier. Il y a une expérience de dématérialisation de la seconde lecture avec l'utilisation d'un logiciel d'intelligence artificielle en test sur deux sites.
- **En Île-de-France**, le CRCDC est bien présidé par un radiologue. Les radiologues sont très présents dans les structures départementales. Mais

(4) Direction Générale de la Santé

(5) Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

il manque de seconds lecteurs dans certains départements. En conséquence, les délais s'allongent. Les expériences menées sur la dématérialisation de la L2 fonctionnent.

Dans le Grand-Est, le CRCDC est présidé par un médecin généraliste. Il n'y a pas de dérive. Il y a un site pilote pour la dématérialisation qui fonctionne bien. La difficulté réside dans le recrutement de seconds lecteurs, ce qui n'intéresse pas les jeunes.

- **En Normandie**, Laurent Verzaux est responsable du CRCDC. Le principal problème est le recrutement de jeunes. Une expérimentation de mammographie a été imposée pour amener la mammographie auprès des femmes qui ne peuvent pas se rendre dans les centres de dépistage. Le projet a été repoussé au mois d'avril 2022. Faute de radiologues, il devrait se faire avec des généralistes.

Jean-Philippe Masson considère que le financement de la seconde lecture devra basculer sur la dématérialisation. Malheureusement, les expéri-

mentations menées par l'INCa⁶ n'ont pas encore abouties. **La première lecture ne peut pas être dématérialisée.** Elle va de pair avec l'examen clinique, la possibilité d'enchaîner immédiatement sur l'échographie sans faire revenir la femme. Il faut rejeter cette idée avancée par quelques sociétés de téléradiologie commerciales.

En conclusion, le président invite le groupe «séniologie» à réfléchir sur l'ensemble des questions posées en faisant un recensement des problèmes rencontrés et des solutions apportées. ●

PROCHAINS RENDEZ-VOUS :

Assemblée générale et conseil d'administration : 11 juin à Paris.

(6) Institut National du Cancer

PUBLI-REDACTIONNEL

LA MISE EN PLACE DU LABEL LABELIX DANS LES CENTRES DE RADIOLOGIE

Un label, c'est quoi ?

On entend souvent parler des labels comme un gage de reconnaissance pour une pratique particulière. Les labels permettent à une structure d'apporter la preuve à ses utilisateurs que son organisation et ses pratiques sont conformes à un cahier des charges spécifique. L'association LABELIX a développé un référentiel et son label associé. L'objectif étant de déployer une démarche qualité au sein de la structure ou service de radiologie mais aussi d'étendre celle-ci à l'ensemble des secteurs, de l'accueil du patient jusqu'au rendu d'examen de radiologie tout en respectant les exigences réglementaires et notamment la décision ASN n°2019-DC-0660.

Comment se faire labéliser ?

La démarche est expliquée sur le site de LABELIX. Une fois inscrite à l'association, la structure doit mener une autoévaluation établie selon les critères du référentiel.

Le service ou centre de radiologie choisit alors une société agréée par l'association LABELIX (liste disponible sur le site LABELIX) pour un accompagnement visant à établir un plan d'actions de mise en conformité et de suivi pérenne de la démarche.

Par la suite et en préparation à l'audit externe, un audit blanc est alors réalisé. Il permet une mise en situation réelle d'audit afin de préparer efficacement le personnel de la structure à l'obtention du label. Différents points d'exigences clés seront vérifiés tels que le système qualité, la maîtrise de la radioprotection ou encore les différentes vigilances à appliquer.

L'audit externe est mené par une société indépendante agréée par LABELIX (liste disponible sur le site LABELIX). Le rapport est transmis à la commission de labellisation qui statuera sur la labellisation, délivrée pour 4 ans à la structure avec un audit de suivi documentaire intermédiaire à 2 ans.

Les difficultés et avantages du label LABELIX ?

Le respect des différentes exigences de labellisation demande une appropriation et une adhésion à la démarche par chaque professionnel de la structure, ce qui peut paraître difficile au regard des habitudes de travail. Les différentes exigences peuvent sembler contraignantes et impacter la prise en charge du patient. Cependant il en est tout autre, la mise en place du label permet d'améliorer l'efficacité et l'efficience à long terme de l'organisation.

L'accompagnement par une société extérieure permet de lever ces craintes ou ces doutes afin de s'orienter sereinement vers l'obtention du label.

Le fait d'être labélisé par LABELIX permet à la structure d'apporter la preuve que le référentiel, développé en partenariat avec la FNMR et la SFR est respecté notamment dans le cadre de la prise en charge du patient conformément aux bonnes pratiques en vigueur. Plus qu'une reconnaissance, le label est un outil puissant pour garantir la qualité des actes prodigués aux patients et des prestations rendues aux utilisateurs.

Thibault LOISON,
Bioconsultants

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche **qualité Labelix**, pour vos patients, vos équipes, vos structures. Si vous n'êtes pas encore labélisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org

LABELIX

CONTACTEZ-NOUS

LABELIX · 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

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



SÉCUR DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ - RADIOLOGIE

DANS LE CADRE DU SÉCUR "RADIOLOGIE", LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX, SEULS OU ASSOCIÉS DEVRONT S'ÉQUIPER DE LOGICIELS COMPATIBLES AVEC MON ESPACE SANTÉ AFIN DE SE CONFORMER À LEURS OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES.

Ce qui change pour les radiologues :

La première vague (été 2021 - 15 juillet 2022) cible le RIS et concerne l'envoi du compte-rendu au DMP.

- **L'identité nationale de santé (INS) est intégrée dans toutes les mises à jour des logiciels.** (La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a créé une formation dédiée pour accompagner l'adaptation des procédures à l'accueil).
- **La messagerie sécurisée de santé est intégrée par défaut dans toutes les mises à jour Sécur.** Elle permet les échanges sécurisés avec le correspondant et le patient à travers Mon espace santé.
- **Le service Pro Santé Connect (ou e-CPS) permet d'être identifié dans le RIS sans avoir à déplacer sa CPS.** Il permet par exemple d'accéder au web PS du DMP ou à Ameli pro sans avoir à se réidentifier.
- **Le connecteur DMP est inclus dans toutes les mises à jour Sécur.** Il est configuré pour envoyer les documents sans nécessiter de clic supplémentaire. Le médecin radiologue peut choisir de retenir ou de masquer un compte rendu au patient en attendant l'annonce.

La deuxième vague (fin 2022- fin 2023) ciblera RIS et PACS. Elle concernera la demande d'examens et le partage de la donnée image.

Financement :

Le Sécur du numérique en santé se décline en deux types de financement :

- **Le financement des évolutions logicielles** des radiologues libéraux ou des cabinets de radiologie. L'Etat met en œuvre un dispositif innovant « d'achat pour compte » : **les radiologues commandent la mise à jour conforme aux spécifications Sécur et l'Etat règle la facture sans reste à charge ni modification contractuelle.** Le respect des spécifications est à la charge de l'Etat : les logiciels conformes sont référencés publiquement sur le site <https://industriels.esante.gouv.fr/segur-du-numerique-en-sante/solutions-referencees-segur>.

(A ce jour, trois logiciels sont référencés :

- **XPLORE 7.2.30** - Edition et Développement Logiciels (EDL)
 - **GXD5 RIS 2.0** - NEHS DIGITAL
 - **Venus 3.7.10** - Softway Medical
- **Le financement des médecins radiologues libéraux** pour accompagner la transformation. Ce financement de près de 2 000€ sur 2022 et 2023 est intégré dans l'avenant 9 à la convention médicale. Il est versé via le forfait structure et conditionné à l'atteinte de cibles d'alimentation de Mon espace santé avec les comptes-rendus ([voir fiche suivante](#)).

Echéances :

Les textes réglementaires rendent progressivement obligatoire le partage du compte rendu radiologique, la dématérialisation de la demande pour les médecins demandeurs et le partage de la donnée image.

Les radiologues libéraux ont jusqu'au 15 juillet 2022 pour commander leur passage à un logiciel de gestion de cabinet "référéncé Sécur", pris en charge par l'État.

Dès 2023, l'utilisation d'un logiciel référencé Sécur devient un prérequis conditionnant le versement de l'intégralité du forfait structure. Voir [Fiche pratique Sécur numérique radiologie](#)¹.

(1) https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/FICHE-PRATIQUE-SEGUR-NUMERIQUE-RADIOLOGIE.pdf



SEGUR RADIOLOGIE EVOLUTION DU FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure est une aide financière permettant de faciliter la gestion du cabinet au quotidien.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice¹.

Suite à l'adoption du Ségur du Numérique en Santé et aux avenants 7 et 9 de la convention médicale, le forfait structure augmente et de nouveaux critères apparaissent.

Rappel du fonctionnement

L'aide financière du forfait structure est calculée selon :

- le niveau d'atteinte des indicateurs, annuellement au 31 décembre de chaque année ;
- un système de points (7 €/point) ;
- 2 volets :
 - 1. équipement du cabinet,
 - 2. démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients

Un 3^{ème} volet est dédié à l'aide de l'Assurance Maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Les volets 2 et 3 sont accessibles si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints.

Tout médecin ayant satisfait aux 6 indicateurs du volet 1 obtient 400 points. S'il remplit également la totalité des indicateurs du volet 2, il obtient 985 points supplémentaires, soit 1 385 points au total, équivalant à 9 695 € au maximum².

Ce qui change en 2022 et 2023

En 2022 et 2023 le forfait structure évolue, notamment sur :

- Le volet numérique : de nouveaux indicateurs sont mis en place en 2022 ou 2023 pour inciter à :
 - L'alimentation du **dossier médical partagé** (DMP/dossier médical au sein de Mon espace santé), (indicateur dès 2022) ;
 - L'usage de la **messagerie sécurisée MSSanté** dans le cadre du service Mon espace santé, (indicateur dès 2022) ;
 - L'usage de la **e-prescription**, (indicateur en 2023) ;
 - L'usage de **l'application carte Vitale (apCV)**, (indicateur en 2023)
- **L'équipement en logiciel** : à partir de 2023, **l'équipement en logiciel « référencé Ségur » devient un indicateur socle**. Autrement dit, il devient un prérequis conditionnant le versement de l'intégralité du Forfait structure en 2023.
- **Le service d'accès aux soins (SAS)** : valorisation de l'engagement des médecins libéraux dans la participation et la prise en charge de patients en soins non programmés.

Ci-après, le tableau détaillé des points associés aux indicateurs :

(1) Article - Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

(2) Aides financières - Exercice libéral : Modernisation du cabinet médical | ameli.fr | Médecin

Volet 1 : équipement du cabinet

INDICATEURS D'ÉQUIPEMENT DU CABINET (EN NOMBRE DE POINTS)						
Engagements	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateur 1 Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible DMP (1)						
Indicateur 2 Disposer d'une messagerie sécurisée de santé						
Indicateur 3 Disposer d'une version du cahier des charges Sesam -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE Sesam-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération	175	230	280	280	280	400
Indicateur 4 Taux de télétransmission > ou égal à 2/3						
Indicateur 5 Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé						
Indicateur 6 Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée						

Volet 2 : service aux patients (accessible si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints)

Les indicateurs accessibles aux radiologues sont en rouge

INDICATEURS DE SERVICE AUX PATIENTS (EXPRIMÉ EN NOMBRE DE POINTS)							
Engagements		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateur 1 Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	Nouveau 2022 (1) • Usage téléservices - AAT PSE DCMT CMAT MP SPE • Usage DMP • Usage MSS	20	60	90	90	90	• 100 • 40 • 40
Indicateur 2 Capacité à coder et requêter sur des données médicales pour alimenter ou produire des registres par exemple		10	20	50	50	50	50
Indicateur 3 Engagement dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (maison de santé pluridisciplinaire, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, réunions de concertation pluridisciplinaire...)		15	40	60	120	120	Transféré dans le volet 1
Indicateur 4 Investissement dans de nouveaux services aux patients pour l'accompagnement des patients aux parcours de soins complexes (temps de personnel dédié ou recours à un prestataire externe pour l'accompagnement des parcours complexes, l'organisation de la prise en charge médico-sociale...)		20	80	130	70	70	70
Indicateur 5 Encadrement des jeunes étudiants en médecine niveau 1		10	30	50	50	50	50
Indicateur 6 Équipement pour vidéo-transmission sécurisée		-	-	50	50	50	50
Indicateur 7 Équipements médicaux connectés		-	-	25	25	25	25
Indicateur 8 Valoriser la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée, participation au SAS		-	-	-	150	150	200
Indicateur 9 Effection SAS			-	-	-	-	Jusqu'à 360 Jusqu'à 360
Total volet 2		75	230	455	605	605	985

Les indicateurs d'usage des téléservices - nouveaux objectifs :

Les indicateurs accessibles aux radiologues sont en rouge

INDICATEURS D'USAGE DES TÉLÉSERVICES		
Téléservices (en % de dématérialisation des déclarations réalisées)	Objectifs	2022 (points)
AAT (arrêt de travail en ligne)	80 %	22,5
CM AT-MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	30 %	22,5
PSE (protocole de soins électronique)	80 %	22,5
DMT (déclaration de médecin traitant)	90 %	22,5
SPE (prescription électronique de transport)	10 %	10
Total des points pour l'usage téléservice	-	100
Usage DMP (en % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)	20 %	40
Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients (en % de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de Mon espace santé)	5 %	40

Démarches à effectuer et liens utiles :

Les indicateurs déclaratifs de l'année échue doivent être déclarés tous les ans (entre le 1er janvier et le 31 décembre) auprès de l'Assurance maladie. Les indicateurs relatifs à des données chiffrées sont automatiquement préremplis.

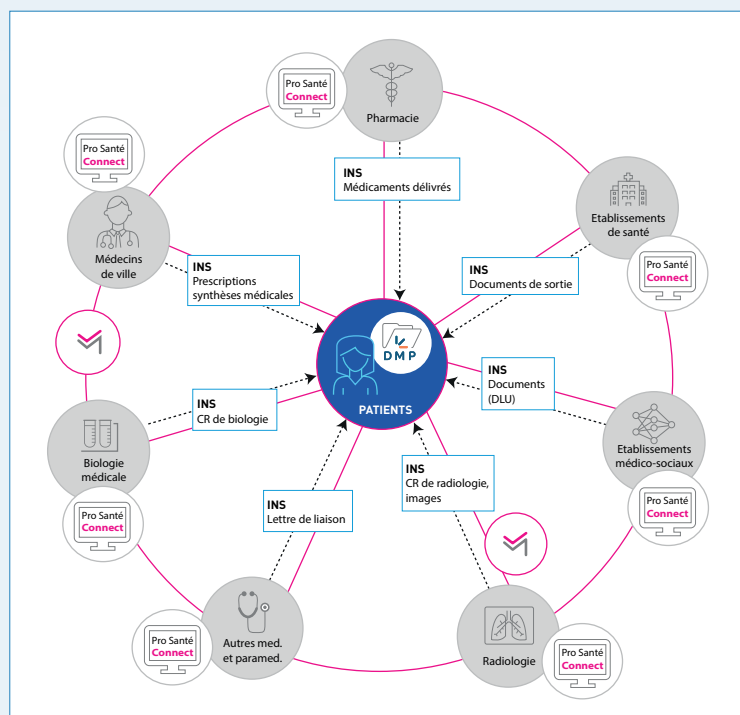
Pour plus d'informations, n'hésitez pas à consulter les documents publiés par l'Assurance maladie (www.ameli.fr) :

[Note méthodologique forfait structure¹](#)

[Comment déclarer vos indicateurs²](#)

[Formulaire forfait structure 2021³](#)

Le Ségur numérique :



(1) www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/489483/document/note-methodo-forfait-structure-2021.pdf

(2) www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/714339/document/guide-comment_declarer_indicateure_forfait_structure2021.pdf

(3) www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/715059/document/formulaire-2021-forfait.pdf

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET RADIOLOGIE



Dr Emmanuel MUSEUX,
Radiologue à Saint-Nazaire



Vincent PLAGNOL
Physicien médical

Les décrets et l'arrêté relatifs au régime d'autorisation de soins en cardiologie interventionnelle ont été publiés dans le JORF n° 0065 du 18 mars 2022.

- Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie.
- Décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
- Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique.

Le premier décret précise **les conditions d'implantation** pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et entre en vigueur le 1^{er} juin 2023.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie s'exerce suivant trois modalités :

- Rythmologie interventionnelle ;
- Cardiopathies congénitales hors rythmologie ;
- Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

A l'exception de la modalité "rythmologie interventionnelle", le titulaire dispose, dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge :

- D'un accès, sur site, à un scanographe à utilisation médicale ;



Lorsque le scanner et l'IRM se trouvent dans un service de radiologie, il y a nécessité de rédiger des conventions concernant l'accès à ces machines entre le service de radiologie et le service de cardiologie. Le titulaire a l'obligation d'avoir accès à de telles modalités dans un délai compatible à la prise en charge de ses patients.

- D'un accès, sur site ou par convention, à un IRM permettant la réalisation d'explorations cardiaques et encéphaliques.

Le second décret précise **les conditions techniques de fonctionnement** de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et entre également en vigueur le 1^{er} juin 2023.

Art. D. 6124-183. Des conventions organisant la prise en charge en urgence des patients sont conclues entre les titulaires de l'autorisation pratiquant les activités interventionnelles et les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence appelés, le cas échéant, à participer à la prise en charge en urgence des patients reçus dans ces établissements.



Lorsque le scanner et l'IRM gèrent l'imagerie d'urgence dans un service de radiologie, il y a nécessité de rédiger des conventions relatives à la prise en charge en urgence des patients dans l'établissement entre les différents services.

« Le titulaire de l'autorisation, à l'exception des titulaires d'autorisation de rythmologie mentionnée à l'article R. 6123-130, s'assure que les équipements exposant aux rayonnements ionisants mis en œuvre sont connectés à un système de collecte systématique et d'archivage des données dosimétriques.

Le nombre d'actes que doit réaliser annuellement, par site, le titulaire de l'autorisation de pra-



tiquer les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie est fixé à 50 ou 100 cas suivant les modalités.

Ce texte à orientation cardiologique intéresse donc fortement les radiologues, du fait de l'obligation de convention relative à la prise en charge en urgence des patients des différents services d'un établissement pour ce qui concerne le scanner et l'IRM. On notera également l'introduction de seuils d'activité de cette imagerie interventionnelle cardiologique, et l'obligation de collecte et d'archivage des données dosimétriques, nous rappelant l'intérêt des DACS pour cela - même si ceux-ci ne sont pas obligatoires. •

**« CE TEXTE À
ORIENTATION CARDIOLOGIQUE
INTÉRESSE DONC FORTEMENT
LES RADIOLOGUES DU FAIT DE
L'OBLIGATION DE CONVENTION
RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE
EN URGENCE DES PATIENTS
DES DIFFÉRENTS SERVICES D'UN
ÉTABLISSEMENT POUR CE QUI
CONCERNE LE SCANNER
ET L'IRM. »**

IMPACT DU COVID-19 SUR L'ACTIVITE LIBERALE EN IMAGERIE



Wilfrid VINCENT,
Délégué général de la FNMR

Comme l'ensemble du secteur de la santé, la radiologie a été fortement perturbée par la crise du Covid-19. En radiologie, l'activité, habituellement parallèle entre les secteurs public et libéral, a été diversement affectée en raison des règles imposées par les Agences Régionales de Santé. Si les hôpitaux sont restés ouverts, la situation des cabinets de radiologie libéraux a été très différente d'une région à l'autre : fermeture complète ou ouverture demandée par l'ARS pour aider les hôpitaux, cependant sans aucun transfert de patient. C'est pendant la période du premier confinement (17 mars au 11 mai 2020) que les cabinets libéraux ont enregistré les plus fortes baisses d'activités avec un recul de -8%, en moyenne, du nombre d'actes réalisés. La radiologie conventionnelle a subi le plus fort recul (-11%), puis l'échographie (-7%). Le scanner est resté stable (0%), le nombre d'IRM a baissé de -5% (**Tableau 1**).

Au-delà des grands agrégats par technique d'imagerie, nous avons regardé plus spécifiquement les actes de sénologie, les actes concernant le poumon et le scanner 3 territoires.

I Les actes d'imagerie en 2020

Le nombre d'actes «perdus» en 2020 s'élève à -8 millions (5,5 M en radiologie conventionnelle, 2 M en échographie, 244 000 en IRM). Le scanner a faiblement progressé (**Graphique 1**).

Sur les 10 premiers mois de 2021¹, le nombre d'actes, toutes techniques confondues, a fortement progressé par rapport au nombre d'actes moyen de la période 2018-2019 au-delà de l'activité perdue en 2020. Cependant, par rapport à 2019, la progression en 2021 n'est que de 1%, insuffisante pour compenser la chute de 2020.



II Sénologie

II.1 Mammographie de dépistage²

Sur la période 2017-2019, le nombre de mammographies de dépistage progresse de 0,9% (avec un recul de -2% en 2019). En 2020, ce sont 256 000 mammographies de moins qui sont réalisées par rapport à la moyenne des 3 années précédentes et 247 000 par rapport à l'année précédente (**Graphique 2**).

L'année 2021 enregistre (sur les 10 premiers de l'année comparés aux 10 premiers mois de 2019 et 2020) un relèvement de l'activité qui ne compense cependant que la moitié de la baisse de 2020 (**Graphique 3**).

[...]

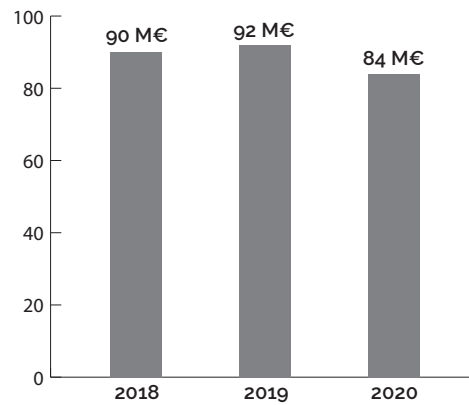
(1) Dernières données disponibles

(2) Mammographie de dépistage (QE0K004)

(TABLEAU 1)

Nombre d'actes	2020
Radiologie conventionnelle	-11%
Échographie	-7%
Scanner	0%
IRM	-5%
Total imagerie	-8%

NOMBRE D'ACTES D'IMAGERIE (M€)
(GRAPHIQUE 1)



(TABLEAU 2)

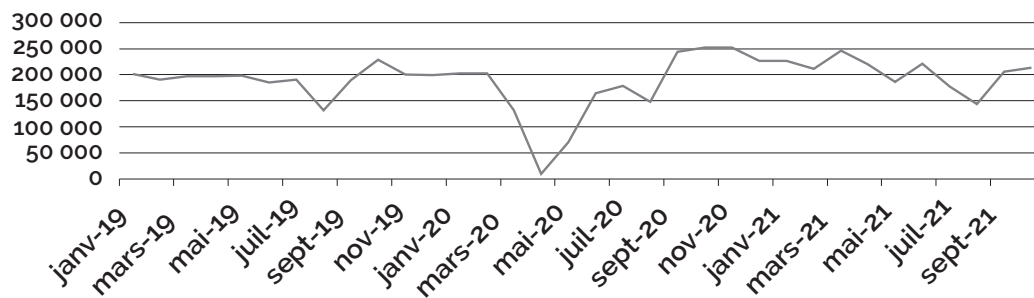
Nombre d'actes (Toutes techniques - sur 10 mois)	Nombre moyen d'actes 2018-2019	2021
Radiologie conventionnelle	41 237 257	44 186 417
Échographie	23 961 092	25 428 987
Scanner	4 153 050	4 825 697
IRM	4 962 611	4 671 065

(TABLEAU 3)

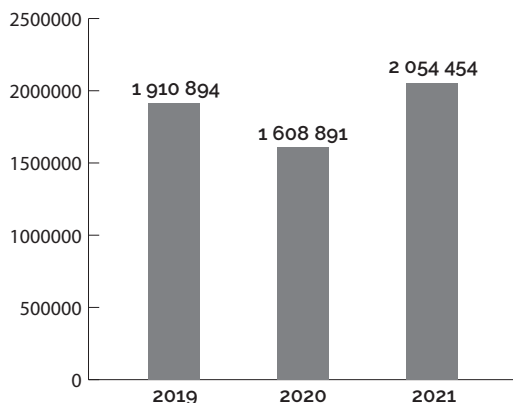
Nombre de mammographies	2017	2018	2019	2020
QEQK005 et QEQK001	2 207 978	2 219 533	2 227 914	2 053 379

NOMBRE DE MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE (QEQK004)

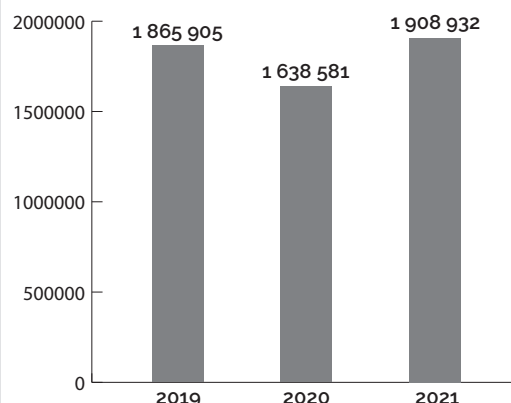
(GRAPHIQUE 2)



NOMBRE DE MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE (QEQK004) SUR 10 MOIS
(GRAPHIQUE 3)



NOMBRE DE MAMMOGRAPHIES (QEQK005 ET QEQK001) SUR 10 MOIS
(GRAPHIQUE 4)



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RADIOGRAPHIE DU THORAX (ZBQK002) SUR 10 MOIS
(TABLEAU 4)

2018	2019	2020	2021
2 %	-5 %	-22 %	-10 %

(TABLEAU 5)

	2017	2018	2019	2020
Nombre de scanners du thorax sans ou avec injection	790 001	850 483	912 636	1 122 650



[...] II.2 Mammographie³

Le nombre de mammographies unilatérales et bilatérales est pratiquement stable pour les années 2018 et 2019 (respectivement 0,5% et 0,4%). Il baisse de 8% en 2020 avec une «perte» de 175 000 mammographies (**Tableau 3**).

La reprise en 2021 (sur les 10 premiers mois) avec 2% d'actes en plus qu'en 2019 ne suffit pas à compenser la baisse de 2020 (**Graphique 4**).

II.3 Échographie du sein⁴

De 2017 à 2019, le nombre d'échographies du sein augmente de 7%. En 2020, il chute de -5% par rapport à 2019, soit 150 000 échographies ou 57 000 par rapport à la moyenne des 3 années précédentes (**Graphique 5**).

Sur les 10 premiers mois de l'année 2021, le nombre d'échographies a progressé de 547 000 compensant la baisse de 247 000 échographies en 2020 (**Graphique 6**).

II.4 IRM du sein⁵

Le nombre d'IRM du sein a baissé de -3% en 2020 après une progression de 3% en 2018 et 7% en 2019. En dépit de cette baisse, le nombre d'IRM du sein (99 678) en 2020 reste supérieur à la moyenne des 3 années précédentes.

En 2021, sur 10 mois, la progression a largement compensé la baisse de 2020 (**Graphique 7**).

II.5 Ponctions ou cytoponctions⁶

Les actes de ponction ou cytoponction ont connu une première baisse en 2019 de -4,8% suivie d'une chute de -16% en 2020.

Sur 10 mois, la remontée de l'activité ne permet pas de revenir au niveau de 2019 (**Graphique 8**).

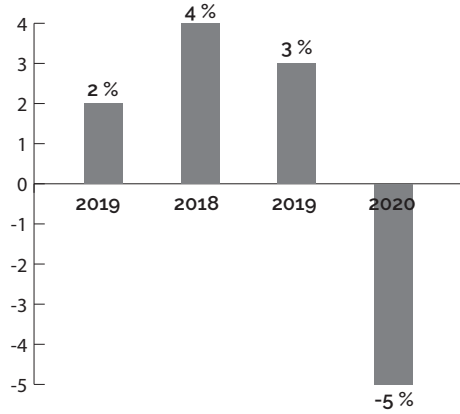
II.6 Biopsies⁷

Trois actes représentent 94% des 111 000 biopsies réalisées en 2020. Il s'agit de :

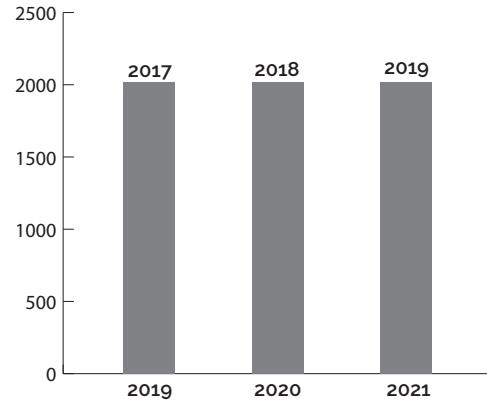
- (3) Mammographie unilatérale (QEQK005)
Mammographie bilatérale (QEQK001)
- (4) Échographie unilatérale ou bilatérale du sein (QEQM001)
- (4) Échographie unilatérale ou bilatérale du sein (QEQM001)
- (5) Remnographie (IRM) du sein, sans injection intraveineuse de produit de contraste QEQN001
- Remnographie (IRM) du sein, avec injection intraveineuse de produit de contraste QEQJ001
- (6) QEHB001 Ponction ou cytoponction de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage - Pas de données dans le SAD Ameli
- QEHJ003 Ponction ou cytoponction d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHJ002 Ponction ou cytoponction de plusieurs lésions de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHH003 Ponction ou cytoponction de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique
- (7) QEHB002 Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage - Pas de données dans SAD Ameli
- QEHJ001 Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHJ005 Biopsie de plusieurs lésions de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHH001 Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique
- QEHJ006 Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHJ004 Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique
- QEHH002 Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur table dédiée, par voie transcutanée avec guidage mammographique - Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation
- QEHH015 Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur système accessoire, par voie transcutanée avec guidage mammographique
- QEHA002 Biopsie de lésion de la glande mammaire, par abord direct
- QEHA001 Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
- QEHJ006 Biopsie de lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage remnographique (IRM)

[...]

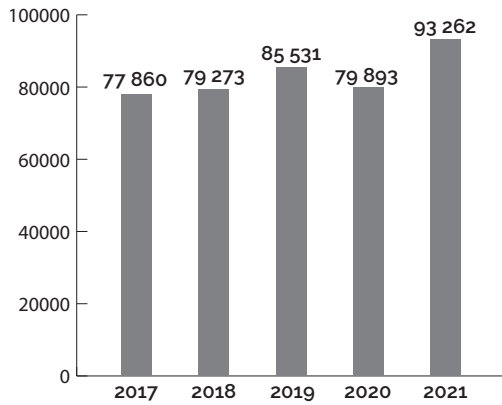
EVOLUTION DU NOMBRE D'ÉCHOGRAPHIE UNI OU BILATÉRALE (QEQM001)
(GRAPHIQUE 5)



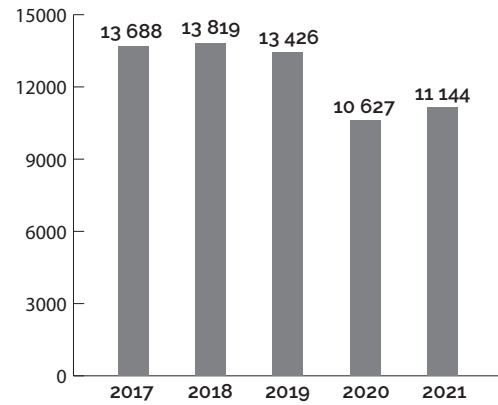
NOMBRE D'ÉCHOGRAPHIES UNI OU BILATÉRALES (QEQM001) SUR 10 MOIS
(GRAPHIQUE 6)



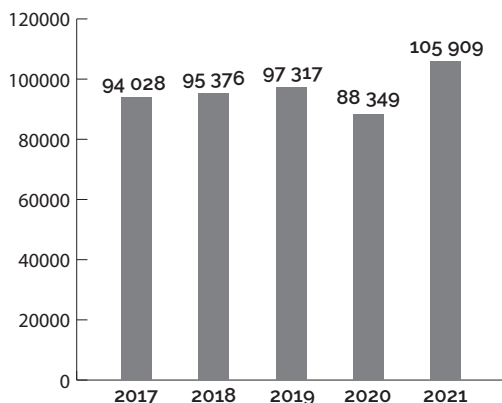
NOMBRE D'IRM DU SEIN SANS ET AVEC INJECTION (QEQN001, QEQJ001) SUR 10 MOIS
(GRAPHIQUE 7)



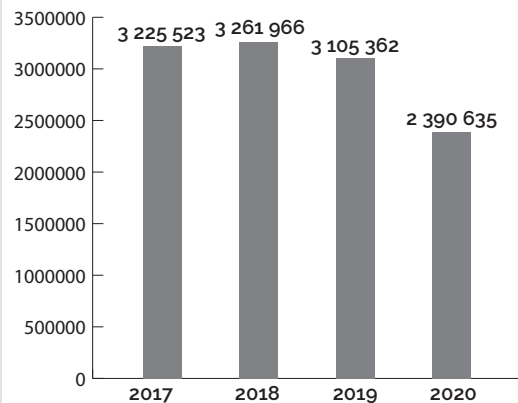
NOMBRE DE PONCTIONS ET CYTOPONCTIONS DE LA GLANDE MAMMAIRE (SUR 10 MOIS)
(GRAPHIQUE 8)



NOMBRE DE BIOPSIES D'UNE LÉSION DE LA GLANDE MAMMAIRE SUR 10 MOIS
(GRAPHIQUE 9)



NOMBRE DE RADIOGRAPHIES DU THORAX (ZBQK002)
(GRAPHIQUE 10)



(TABLEAU 6)

	2017	2018	2019	2020
ZBQN001	1 822	2 077	2 303	2 428
ZBQJ001	2 645	3 140	3 294	3 545

- [...] • Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique représente 73% du total.
- Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur table dédiée, par voie transcutanée avec guidage mammographique - QEHH002) 11%.
 - Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur table dédiée, par voie transcutanée avec guidage mammographique QEJ005) 9%.

Les biopsies en faible progression en 2018 et 2019 (respectivement 1,1% et 1,5%) ont baissé de -4,7% en 2020 avec une «perte» de 3 800 actes par rapport à la moyenne des années précédentes. L'année 2021 inverse la tendance puisque, sur les 10 premiers mois de l'année, le nombre de biopsies a plus fortement augmenté avec 12 000 actes en plus que la moyenne des années précédentes, soit nettement plus que la «perte» de 2020 (**Graphique 9**).

III Poumon

III.1 Radiographie du thorax

- Radiographie du thorax (ZBQK002)

Le volume d'actes de radiographies du thorax est resté stable en 2019 et 2020. Il faut rappeler que la radiographie du thorax a fait l'objet d'une action de pertinence dans le cadre du protocole 2018-2020 UNCAM-FNMR (**Graphique 10**).

Les données sur 10 mois montrent une baisse continue y compris en 2021, résultat de «l'effet Covid» avec les recommandations scientifiques privilégiant le scanner du poumon en cas de suspicion de Covid-19 et les actions du protocole UNCAM-FNMR.

La baisse du volume des radiographie du thorax sur les 10 premiers mois de 2021 est de 10% par rapport à 2020 qui avait enregistré une chute de 22%. Au total, la baisse de 2021 par rapport à la moyenne du volume d'actes pour 2017-2019 est de 32% (**Tableau 4**).

III.2 Scanner du thorax

- Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste (ZBQK001)
- Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ZBQH001)

Le scanner du thorax a enregistré une très forte progression en 2020 (+23%) contre 8% et 7% en 2018 et 2019 concomitamment à la baisse de la radiographie du thorax et conformément aux recommandations scientifiques (tableau 5).

Sur 10 mois, l'activité de scanner du thorax a progressé en 2020 de 27% et en 2021 de 14% com-



parée à 2020. Comparée à la moyenne de 2017-2019, elle a progressé de 45% (**Graphique 11**).

III.3 IRM du thorax

- Remnographie (IRM) du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste (ZBQN001)
- Remnographie (IRM) du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ZBQJ001)

La progression du volume d'actes d'IRM du thorax a baissé en 2019 et 2020 passant à 7% contre 17% précédemment (tableau 6)

Sur les 10 premiers mois de l'année, 2021 est en progression de 13% par rapport à 2020 et de 29% par rapport à la moyenne d'activité 2017-2019 (**Graphique 12**).

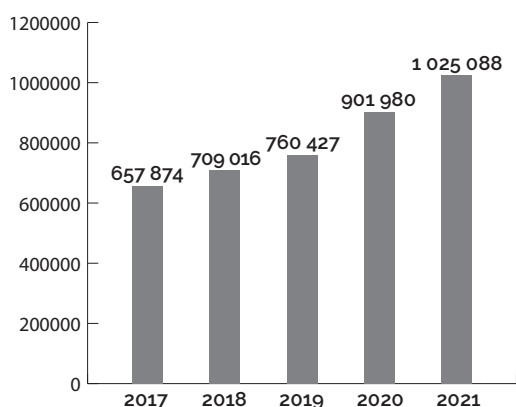
IV Scanner 3 territoires

- **Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec ou sans injection de produit de contraste ZZQK024 et ZZQH033** (Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique)

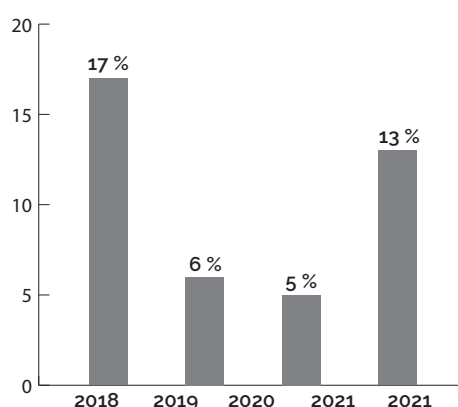
En dépit de la période de confinement, le nombre de scanners 3 territoires progresse en 2020 de 5,2% contre 5,1% en 2019 (**Graphiques 13 et 14**).

L'évolution mois par mois montre que lors du premier confinement, la baisse d'activité a été comparable à celle enregistrée lors d'une période d'été. La forte activité autour du mois de juin 2020 a permis de rattraper les retards d'examen (**Graphique 15**) •

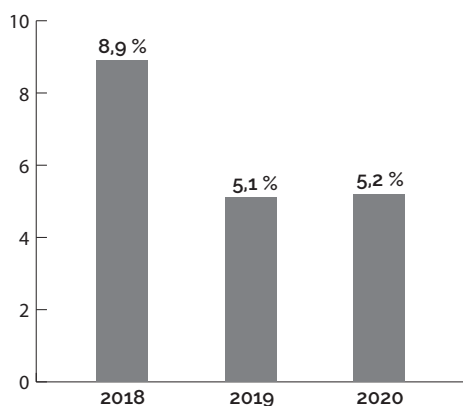
**NOMBRE DE SCANNERS
DU THORAX SANS ET AVEC INJECTION
(SUR 10 MOIS)**
(GRAPHIQUE 11)



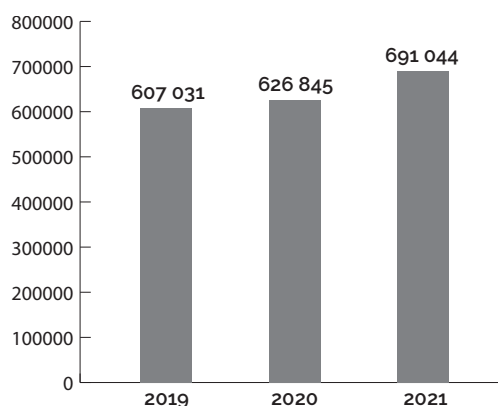
**EVOLUTION DU NOMBRE
D'IRM DU THORAX SANS ET AVEC
INJECTION (SUR 10 MOIS)**
(GRAPHIQUE 12)



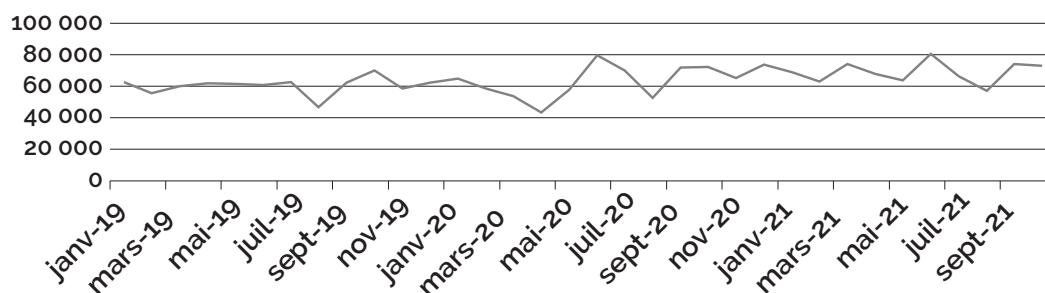
**NOMBRE DE SCANNERS 3 TERRITOIRES
AVEC OU SANS INJECTION**
(GRAPHIQUE 13)



**NOMBRE DE SCANNERS 3
TERRITOIRES SANS ET AVEC INJECTION
(SUR 10 MOIS)**
(GRAPHIQUE 14)



NOMBRE DE SCANNERS 3 TERRITOIRES SANS ET AVEC INJECTION (SUR 10 MOIS)
(GRAPHIQUE 15)



STRUCTURES AUTONOMES ET INFECTIONS NOSOCOMIALES : ATTENTION RESPONSABILITE !

Un chirurgien plasticien exerçait son activité au sein d'une installation autonome de chirurgie esthétique (IACE) pour laquelle il bénéficiait à titre personnel d'une autorisation délivrée par l'ARS. Cette installation, bien qu'intitulée « Clinique », n'était pas dotée d'une personnalité morale.

Une patiente, âgée de 20 ans, bénéficiait d'une réduction mammaire dans les locaux de cette IACE. Dans les suites de cette intervention, elle présentait une dermo-hypodermite nécrosante au niveau du site opératoire.

La procédure en référé-expertise

Souhaitant obtenir réparation des préjudices résultant de l'infection présentée, la patiente assignait devant le Juge des référés le chirurgien plasticien, l'anesthésiste, l'IACE et l'ONIAM afin qu'une expertise soit diligentée.

Aux termes de son rapport, l'Expert concluait à la survenue d'une infection associée aux soins sans qu'aucun manquement ne puisse être retenu à l'encontre du chirurgien plasticien et de l'anesthésiste.

Il écartait la qualification d'infection nosocomiale considérant qu'elle était réservée aux infections contractées au sein d'un établissement de santé dont les IACE ne font pas parties.

La procédure devant le Tribunal judiciaire

Recherchant une indemnisation de ses préjudices, la patiente assignait devant le Tribunal judiciaire l'IACE désignée sous le terme de « Clinique » et le chirurgien plasticien.

La patiente soutenait que le chirurgien plasticien se devait d'indemniser ses préjudices en sa qualité de chef d'établissement de santé responsable de plein droit au titre d'une infection nosocomiale. Le praticien mettait en avant le fait que la structure était dénuée de personnalité morale et qu'en

l'absence de manquement lui étant directement imputable, sa responsabilité devait être écartée.

Par jugement en date du 17 mai 2018, le Tribunal faisait droit aux demandes de la patiente et condamnait le chirurgien à indemniser ses préjudices en sa qualité de chef de cette structure qui était « assimilée à un établissement, un service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ».

En effet, le Tribunal indiquait que :
« il est constant d'une part que la structure exploitée par [le chirurgien], qui est au demeurant désignée par le terme "Clinique", accueille des patients dans le cadre d'un contrat d'hospitalisation et propose à ces derniers des chambres équipées de tout le matériel médical nécessaire. D'autre part, y sont réalisés non seulement des actes médicaux simples, mais également comme en l'espèce de véritables interventions chirurgicales invasives, nécessitant la réunion d'une véritable équipe médicale composée du chirurgien, du médecin anesthésiste et d'un personnel médical assurant une assistance ainsi qu'une surveillance pré, per et post-opératoire.

Ce type de prise en charge ne peut ainsi relever de la médecine de ville pratiquée en cabinet eu égard aux contraintes d'asepsie, de gestion des risques médicaux, et des certifications et autorisations nécessaire pour pratiquer de tels actes ».

Dans ces conditions, le Tribunal estimait que l'infection contractée par la patiente devait être considérée comme une infection nosocomiale dont les conséquences devaient être indemnisées par le responsable de la structure ; en l'espèce le praticien lui-même.

Le chirurgien interjetait appel de ce jugement.

La procédure devant la Cour d'appel
Par arrêt en date du 5 septembre 2019, la Cour d'appel confirmait le jugement entrepris

en ce que le chirurgien devait être considéré comme le dirigeant de l'IACE qualifiée d'établissement de santé et tenu en conséquence d'indemniser les conséquences de l'infection nosocomiale contractée par la patiente au sein de sa structure.

Un pourvoi en cassation était formé par le chirurgien afin que la Cour de cassation reconnaisse que l'IACE ne pouvait être considéré comme un établissement de santé et qu'en conséquence la responsabilité du chirurgien ne pouvait être retenue qu'en cas de faute.

L'arrêt de la Cour de cassation

Par arrêt en date du 8 décembre 2021, la Première Chambre civile de la Cour de cassation a confirmé qu'une installation autonome de chirurgie esthétique ne constituait pas un établissement de santé.

La Cour de cassation a cependant rappelé que l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique relatif à l'indemnisation des dommages résultant d'une infection nosocomiale ne concernait pas uniquement les établissements de santé privé mais également les services dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins.

Or, la Cour a considéré qu'une IACE constitue un service de santé dans lequel sont réalisés des actes de soins et qu'en conséquence, elle est soumise, comme les établissements de santé, à une responsabilité de plein droit en matière d'infections nosocomiales.

La motivation de la Cour de cassation est la suivante :

« 4. Selon l'article L. 1142-1, I, alinéa 2, du code de la santé publique, les établissements, services et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

5. Une installation autonome de chirurgie esthétique constitue un service de santé, régi par les dispositions des articles L. 6322-1 à L. 6322-3 et R. 6322-1 à D. 6322-48 du code de la santé publique, dans lequel sont réalisés de tels actes, de sorte qu'elle est soumise, comme un établissement de santé, à une responsabilité de plein droit en matière d'infections nosocomiales.

6. La cour d'appel a constaté que [la patiente] avait contracté une infection nosocomiale dans les locaux de l'installation autonome de chirurgie esthétique dirigée par [le chirurgien].

« LA COUR DE CASSATION A CEPENDANT RAPPELÉ QUE L'ARTICLE L. 1142-1 DU CSP RELATIF À L'INDEMNISATION DES DOMMAGES RÉSULTANT D'UNE INFECTION NOSOCOMIALE NE CONCERNAIT PAS UNIQUEMENT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉ MAIS ÉGALEMENT LES SERVICES DANS LESQUELS SONT RÉALISÉS DES ACTES INDIVIDUELS DE PRÉVENTION, DE DIAGNOSTIC OU DE SOINS. »

7. Cette installation étant soumise à une responsabilité de plein droit, il en résulte que [le chirurgien] ès qualités était tenu, en l'absence de preuve d'une cause étrangère, d'indemniser les préjudices subis par [la patiente] en lien avec l'infection nosocomiale ».

La Cour de cassation en conclut donc que le chirurgien plasticien titulaire de l'autorisation et qui détient cette IACE est tenu de plein droit, en l'absence de preuve d'une cause étrangère, d'indemniser la victime qui a contracté une infection qualifiée de nosocomiale dans les locaux de son installation.

CE QU'IL FAUT RETENIR :

Ainsi, la responsabilité de plein droit d'une infection nosocomiale, ne concerne pas uniquement les établissements de santé publics ou privés, mais s'applique également à toutes les structures au sein desquelles des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins sont dispensés.

Il est donc primordial pour tous les praticiens exerçant une activité médicale dans le cadre d'une structure autonome de doter cette structure d'une personnalité morale afin de permettre une distinction entre :

- l'assurance couvrant la responsabilité civile professionnelle du médecin qui exerce au sein de cette structure, responsabilité qui ne peut être engagée sur pour faute
- et l'assurance de la structure elle-même au sein de laquelle les soins sont dispensés et qui devra donc être assurée de manière distincte pour les dommages résultant notamment d'une infection nosocomiale, responsabilité de plein droit. •

Maître Julie SODE
Maître Laure SOULIER
Maître Philip COHEN

Cabinet AUBER – Avocats à la cour



Paris, le 4 mai 2022

**Convocation d'une assemblée générale extraordinaire (AGE)
Le 11 juin 2022
Dérogation exceptionnelle et non renouvelable aux statuts de la FNMR ».**

Le Conseil d'administration de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) s'est réuni le 4 mai 2022 par visioconférence.

Considérant que la crise Covid-19 a fortement perturbé le travail mené par le bureau national au cours des deux années passées. Plusieurs dossiers en cours comme la réforme du régime des autorisations, la négociation du plan pluriannuel FNMR-CNAM, la révision de la CCAM, etc. ont été suspendus. En effet, le ministère de la santé et la CNAM quasi-exclusivement mobilisés sur la gestion de la crise ont reporté systématiquement les travaux nécessaires à la conduite et à l'aboutissement de ces dossiers.

Considérant que les statuts ne permettent d'exercer que trois (3) mandats pour certaines fonctions du bureau national (Président, secrétaire général et trésorier).

Considérant que le président, les secrétaires généraux (2) et le trésorier actuellement en fonction ont déjà accompli trois mandats,

Le conseil d'administration demande, à l'unanimité, qu'une assemblée générale extraordinaire (AGE) se prononce pour que ces quatre (4) membres du bureau national puissent solliciter un quatrième mandat à titre exceptionnel.

Dans tous les cas, en particulier si l'AGE se prononce favorablement, les élections 2023 du président et du bureau se dérouleront comme prévues par les statuts avec un appel à candidatures (toutes les candidatures seront reçues) et le vote dans les délais prévus par les statuts.

En conséquence, **le Conseil d'administration de la FNMR soumet le texte suivant au vote de l'assemblée générale extraordinaire :**

« L'assemblée générale décide à titre transitoire, exceptionnel et dérogatoire, de permettre aux membres du bureau restreint, soit le président, les secrétaires généraux et le trésorier, en exercice à ce jour, de solliciter un quatrième mandat de 3 ans, et ce, par dérogation aux dispositions de l'article 18 des statuts qui reste en vigueur pour l'avenir »

ELECTIONS DÉPARTEMENTALES

● DEUX SEVRES

■ Le Syndicat départemental des DEUX-SEVRES a procédé au renouvellement de son Bureau le 21 mars 2022 :

Président : **Dr Jean-Yves AIRAUD** - Niort

Secrétaire général : **Dr Clément WATTEL** - Niort

Trésorier : **Dr Matthieu GUYOT** - Niort

● FINISTÈRE

■ Le Syndicat départemental du FINISTÈRE a procédé aux élections de son nouveau Bureau le 26 avril 2022 :

Président : **Dr Henri LE PENNDU** - Brest

Secrétaire général : **Dr Pierre-Yves LE FLOCH** - Brest

Trésorière : **Dr Valérie GUILLO-QUENET** - Lesneven

Vice-Présidents : **Dr Benoît GUIVARC'H** - Carantec
Dr Luc PRIGENT - Quimper

PETITES ANNONCES

REPLACEMENTS / ASSOCIATIONS

N° 10967 55 - VERDUN

Cause retraite - Radiologue cède son cabinet entièrement équipé avec accès scanner et IRM. Pas de gardes ni d'astreintes.

Tél. : 06 14 18 06 18

N° 10972 78 - VERSAILLES

Groupe de 9 radiologues cherche remplaçant(e) en vue association : activité polyvalente en clinique : 2 IRM, 1 scanner, radiologie, écho, doppler, mammo. Compétences spécialisées si possible en ostéo-articulaire ou urologie ou imagerie de la femme.

Contact Dr TACHET - Tél. : 06 31 28 45 07

ftachet1@gmail.com

N° 10973 37 - TOURS

Reprise de cabinet de radiologie (créé en 1993). Radiologie générale, dentaire, mammo, écho et doppler. Contrat avec le C.H.U pour scanner et l'IRM

Tél. : 06 61 04 33 34 - jfsauze@hotmail.com

N° 10974 34 - SAINT-GELY-DU-FESC (MONTPELLIER)

Cherche associé, groupe 4 radiol secteur 1. 2 salles num capteurs plans, 3 salles echo, mammo capteur plan, tomosynthèse, ostéo, RIS, PACS, scanner (20h/sem) et IRM (20h/sem) en GIE. Activité poly avec possibilité d'interventionnel déjà développé.

Tél. : 06 64 64 45 51 - larroquegerald@yahoo.fr

Site : www.radiologiesaintgely.fr

N° 10975 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 conv, 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° 10976 31 - TOULOUSE

Cause retraite cherche successeur. Cabinet privé (SCM +SDF), 2 radiologues. Radio convent. (2 salles), mammo tomosynthèse GE Pristina, 2 échographes GE, conebeam Carestream, densitomètre Hologic. Accès IRM et TDM en clinique. Pas de gardes.

Tél. : 06 08 53 22 19

N° 10977 06 - NICE

Groupe 13 radiologues cherche remplaçants en vue d'association. Activité multi site sur 5 cabinets et 2 cliniques. Activité de sénologie diag et interv très développée. Activité très variée en imagerie diag et interv. Plateau technique : radiologie conv, ostéo, écho- doppler, mammo sur tous les cabinets et tomosynthèse sur 2 sites, 3 scanners dont 1 scanner interventionnel, 2 IRM, 1 salle Hybride avec salle de réveil.

Contact : 04 92 09 09 14 - radiologie.direction@orange.fr

OFFRE D'EMPLOI

N° 10978 05 - BRIANÇON

Centre de radiologie, scanner et IRM cherche manipulateur radio pour CDD ou CDI (Cadre attractif en montagne). Bonnes conditions de travail.

Tél. : 04 92 21 14 11

michel.mante@gmail.com

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.

Santé et sécurité en IRM



RADIOLOGUE,
MANIPULATEUR



ENSEIGNEMENT EN LIGNE
EN SEPTEMBRE 2022



7 HEURES



FRAIS DE GESTION DPC

odpc

Réf. : 18812100011

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- D'identifier les champs électromagnétiques (champs électrique et magnétique statiques et dépendants du temps, gradients de champ et ondes radiofréquences)
- De définir les risques et les effets biologiques potentiels pour les personnels et les patients
- De faire le point sur les Directives/Recommandations Européennes, sur la réglementation nationale
- De rédiger ses propres règles et procédures locales
- De mettre en place une signalisation préventive
- D'informer et de former les salariés comme l'exige la réglementation

DÉROULÉ DE LA FORMATION

- Analyse des pratiques • Introduction • Pré-test • Champs électromagnétiques
- Effets biologiques des champs électromagnétiques • Décret n°2016-1074 du 3 août 2016 • décryptage et conséquences • Sécurité et Gestion des risques en IRM
- Produits de contraste en IRM • Les risques liés au produit de contraste en IRM
- Mesures à prendre pour limiter les risques patients • Cas concrets • Evaluation des acquis - Post-test

Tarif médecin radiologue en libéral : formation éligible au DPC, 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 325 Euros (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus)

Tarif manipulateur en électroradiologie : 380 Euros

FORMATEURS :

M. Alain NOEL,
physicien médical enseignant certifié PCR
spécialisé en radioprotection

Mme Myriam EL OUDGHIRI,
manipulatrice en radiologie à l'ICL Nancy
référente en IRM

FORCOMED
La référence des formations en radiologie