

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 472 DÉCEMBRE 2023

Le journal de la



49.3



N° 1682

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2023.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2024,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

TÉMOIGNAGE

CORINNE RILHAC

DÉPUTÉE DU VAL-D'OISE

PORTRAIT

Dr Sébastien
THIRIAT

CA FNMR

Septembre
2023

6

Cécile RILHAC,
députée
Renaissance du
Val-d'Oise

GRAND TÉMOIN



9

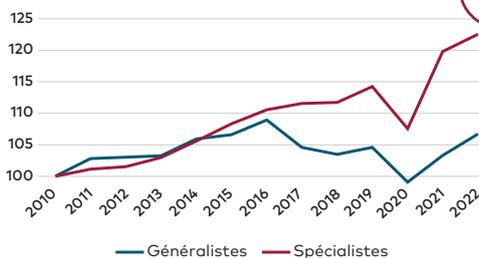
Dr Sébastien THIRIAT,
radiologue libéral
à Haguenau

PORTRAIT



12

FNMR
CONSEIL
D'ADMINISTRATION



Les dépenses
de santé
en 2022

ÉCONOMIE

21

La lutte contre
les fraudes

ASSURANCE
MALADIE



24

Produits de
contraste : 1^{er} mars
2024 confirmé

PLFSS 2024



Le Médecin
Radiologue
libéral

NUMÉRO **472** DÉCEMBRE 2023

- 3** Édito
- 5** Brèves
- 25** Nous sommes tous aussi vétérinaires
- 27** Radioprotection : formation PCR
- 28** Petites annonces
- 31** Loisirs

Annonces : LABELIX p. 4 - FORCOMED p. 29

Directeur de la publication
Dr Jean-Philippe MASSON

Rédacteur en chef
Dr Paul-Marie BLAYAC

Secrétaire de rédaction
Wilfrid VINCENT

Président
Dr Jean-Philippe MASSON

Responsable de la publicité
Dr Éric CHAVIGNY

Conception maquette
Rive Communication

Maquette
Rive Communication

Crédits photos
iStockphoto

Édition, secrétariat, publicité
rédaction, Petites annonces
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
Tél. : 01 53 59 34 00
www.fnmr.org – E-mail : ediradio@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Imprimerie Decombat
5 bis rue Gustave Eiffel – 15000 AURILLAC
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022
ISSN 1631-1914

Un an pour rien... ou presque...



**LE PROBLÈME
EST QUE NOS
DIRIGEANTS
VEULENT DES
ÉCONOMIES
À COURT TERME,
PERMETTANT
D’AFFICHER
DES RÉSULTATS
RAPIDES MAIS SANS
PÉRENNITÉ.**

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Il y a un an, lors de la discussion du PLFSS 2023, la négociation « virile » entre la FNMR et la CNAM avait permis d’obtenir la suppression de l’article 99 en échange d’une mesure de pertinence forte sur les produits de contraste qui devait entrer en application au 1^{er} juillet 2023.

Le PLFSS 2024, adopté grâce au 49.3 reporte la date de mise en place de cette dernière mesure au 1^{er} mars 2024, la précédente n’ayant pu être appliquée en raison des écueils pour la mettre en place du fait de diverses contraintes logistiques.

Cela montre la difficulté persistante à instaurer des mesures de pertinence en médecine.

La mentalité des tutelles est difficile à faire évoluer.

Cela est vrai pour la pertinence médicale qui nécessite une projection à long terme, ces actions mettant un certain temps pour être sources d’économies tout en garantissant une meilleure prise en charge des patients.

C’est vrai, aussi, pour une réelle politique de prévention. Le dépistage des cancers, s’il nécessite un investissement évident au départ, permet de diagnostiquer des lésions de petite taille donc, plus facile à traiter, avec des traitements moins longs, moins onéreux et plus efficaces. Cela permet le plus souvent une guérison des patients et une meilleure qualité de vie. Le problème est que nos dirigeants veulent des économies à court terme, permettant d’afficher des résultats rapides mais sans pérennité.

Ce retard décisionnel s’observe également pour la réforme du régime des autorisations d’EML et de la radiologie interventionnelle. Depuis la publication du décret en juin 2022, nous attendons toujours la lettre d’instruction aux Agences Régionales de Santé. Ceci entraîne des interprétations variées et incohérentes des directeurs d’ARS.

De ce fait, les médecins radiologues, investisseurs sur leurs fonds propres des équipements, n’ont pas la vision à terme de la réglementation et ne peuvent donc pas investir dans de nouveaux équipements pour diminuer les délais de prise en charge pour leurs patients.

La radiologie française a besoin d’une politique à long terme pour être « un atout pour la santé et un atout pour l’économie » de la France. ■

Conduite à tenir en cas de refus d'examen par le patient

Le critère 1.4.4 de la référence 1.4 du référentiel Labelix de labellisation en imagerie médicale (Version 2019 de juin 2019) impose de formaliser le refus de l'acte d'imagerie par le patient.

Nous rappelons ci-dessous dans l'encadré le libellé de ce critère.

1.4.4 Si le patient refuse l'acte d'imagerie, le radiologue l'informe des risques encourus et adresse un courrier au médecin demandeur.

Le refus est le corollaire du consentement aux soins

Le consentement du malade aux soins est une obligation de la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, sur les droits des malades.

Le consentement est un préalable à l'acte de soins. Le refus, qui est le contraire du consentement, est également et logiquement reconnu par cette même loi. Comme le consentement, le refus doit être "libre" dans le sens où la décision doit être prise par le patient sans contrainte ou pression de quelque nature que ce soit.

Il doit également être "éclairé", dans le sens où le médecin doit fournir au patient toutes les informations lui permettant de comprendre les conséquences de sa décision en pleine connaissance de cause.

Autrement dit, le patient doit être en mesure de décider par lui-même s'il n'accepte pas l'acte médical proposé, en

connaissant les avantages attendus et les risques liés à l'acte d'imagerie et le médecin radiologue doit accepter ce refus après avoir expliqué au patient les risques liés aux conséquences de son choix et après avoir tenté de le convaincre en l'informant de manière claire, loyale et appropriée.

Adopter une conduite à tenir uniciste

Tout patient qui se présente dans un centre d'imagerie médicale et qui refuse de réaliser son examen (quel qu'en soit le motif) doit systématiquement rencontrer le radiologue en colloque singulier. La présence d'une tierce personne (conjoint, parent, membre du personnel du centre d'imagerie) est souhaitable. Elle pourra servir de témoin.

Dans un premier temps, le médecin radiologue devra tenter de convaincre le patient de faire l'examen en lui expliquant clairement les risques encourus par sa non réalisation.

Dans un deuxième temps, si le patient refuse toujours, un courrier (signé idéalement par le patient et le radiologue, mais au moins par le radiologue) devra être envoyé au médecin demandeur.

Le double de ce courrier sera conservé dans le dossier patient. Il est capital de toujours garder une trace écrite.

Dr Hervé LECLET
Martine MADOUX
Santopta

MODÈLE DE COURRIER DE REFUS

M. X s'est présenté au cabinet/service d'imagerie médicale DDDD. Il a refusé de réaliser l'examen (à préciser) demandé par le Dr Y pour (préciser l'indication de l'examen).

Cet examen était prévu le (préciser la date).

La raison évoquée par le patient, M. X, est : (à préciser le cas échéant).

Les risques encourus par la non réalisation de cet examen ont été clairement expliqués à M. X par le Dr Z, radiologue, en présence de M./Mme GGG (préciser : conjoint, parent, membre du personnel du cabinet/service).

Malgré les informations délivrées par le Dr Z, et donc à priori en toute connaissance de cause, M. X continue de refuser la réalisation de cet examen.

Daté et signé par le radiologue
(et le patient)

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

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

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



PRODUITS DE CONTRASTE

À compter du 1^{er} mars 2024, les titulaires d'autorisation de scanner et d'IRM devront commander les produits de contraste iodés et gadolinium. Les titulaires d'autorisation doivent indiquer aux laboratoires qui leur en feront la demande les coordonnées des centres d'imagerie qui achèteront les produits. C'est indispensable pour que les laboratoires puissent intégrer dans leurs fichiers les adresses de livraison des produits, et le nom du médecin référent pour assurer la traçabilité.

PRODUITS DE CONTRASTE ENCORE...

Publication de l'instruction interministérielle sur la réforme des produits de contraste (PDC) au BO santé n° 20 du 31 octobre 2023. Cette instruction aux ARS détaille les conditions d'intégration des produits de contraste pour le scanner et l'IRM dans les forfaits techniques. **Attention, l'annexe comprend une liste provisoire, incorrecte, des PDC qui seront exclus de la distribution en officine.**



DROITS D'ACCÈS AU DMP

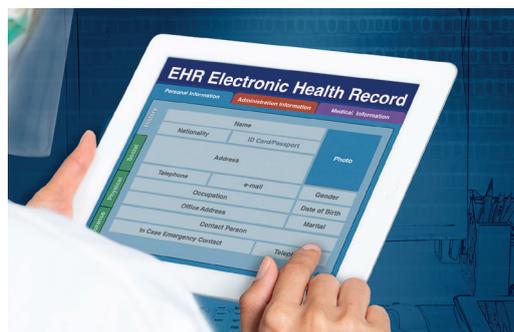
Publication de l'arrêté fixant les règles de gestion des droits d'accès au dossier médical partagé des professionnels (Arrêté du 26 octobre 2023, JO du 20/10/2023). L'arrêté précise les conditions d'accès en lecture aux différents types de documents selon la profession :

- Accès aux données d'un patient réservé aux professionnels qui le prennent en charge.
- Les professionnels membres de l'équipe de soins du patient sont réputés autorisés après information et non opposition du patient.
- Les professionnels non membres de l'équipe doivent recueillir le consentement du patient à chaque consultation.

Les médecins, dont les radiologues, sont habilités à accéder à tous les types de documents à l'exception des attestations de résidence.

Ces droits d'accès sont applicables de plein droit, sauf si le titulaire du dossier médical partagé, ou son représentant légal, en décide autrement.

LES E-DMP DANS 3 PAYS



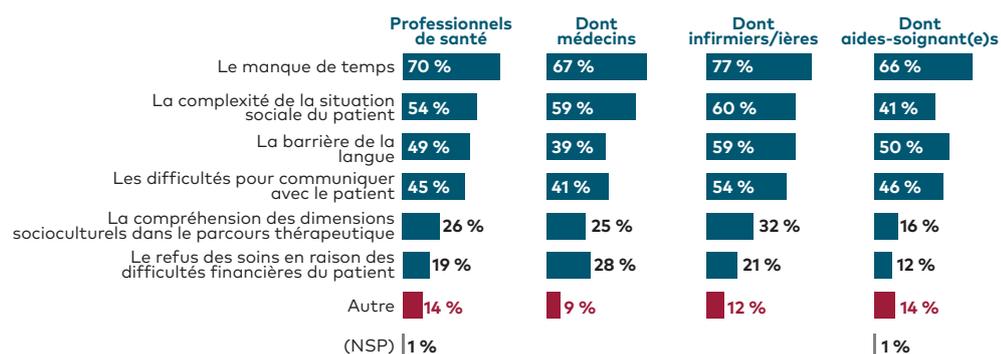
Un rapport pour le Sénat (Rapport d'information n° 873 – 2022-2023) fait le bilan de 3 expériences étrangères de Dossier Médical Personnel (Électronique).

En Israël et en Suède, la tenue par les professionnels de santé d'un DME est obligatoire pour tous les patients. En Israël, ils disposent d'un droit d'accès sans possibilité de modification et certaines informations (psychiatriques) sensibles sont soumises à des conditions plus strictes.

En Suède, les professionnels doivent respecter la terminologie et les normes prescrites. Il n'y a pas de système centralisé.

Pas d'obligation en Allemagne, mais le pays veut développer le DME pour tous les assurés d'ici la fin 2024.

Dans l'exercice de votre métier, quelle(s) est ou les difficulté(s) que vous avez été amené(e) à rencontrer ? (Plusieurs réponses possibles)



SANTÉ DES SOIGNANTS

Un sondage ODOXA livre d'intéressants résultats sur la santé des professionnels de santé, perçue globalement comme moins bonne que celle de l'ensemble de la population, et sur les difficultés rencontrées dans leur métier.

Le sondage complet sur : odoxa.fr

« La santé des femmes doit devenir une priorité politique »

Très impliquée dans sa circonscription, Cécile Rilhac évoque plusieurs pistes concrètes pour améliorer la prévention des cancers féminins. L'éducation, la formation et l'information seront trois paramètres importants dans la conduite du changement. Le politique sera également un acteur central de la transformation qui concerne plus généralement la santé des femmes.

→ **Que vous inspire la hausse de l'incidence des cancers en France ? Comment inverser durablement cette tendance morbide ? Quel est le rôle du politique en la matière ?**

Les données épidémiologiques sont formelles : les cas de cancers ont explosé au cours des trente dernières années, et plus particulièrement chez les femmes. En grande partie liés aux activités humaines, les facteurs environnementaux y sont pour beaucoup. De plus en plus préoccupante, la situation exige une prise de conscience collective. Le rôle des parlementaires sera déterminant pour assainir et préserver notre environnement, mais aussi pour penser et promouvoir des politiques publiques de prévention pertinentes, accessibles et gratuites. Si le dépistage et la vaccination sont assurément des enjeux majeurs, la problématique nécessite une approche plus globale qui passera notamment par une meilleure alimentation et une activité physique plus régulière. L'éducation, la formation et l'information seront trois paramètres importants dans la conduite du changement. Toute la société doit se mobiliser pour casser cette spirale infernale.

→ **Comment lutter plus efficacement contre les inégalités sanitaires et sociales qui caractérisent la prise en charge des cancers féminins ?**

Les cancers féminins sont marqués par de fortes inégalités sanitaires, souvent aggravées par des facteurs socio-économiques et géographiques, mais la précarité et l'isolement n'expliquent pas toutes les difficultés observées. Les aspects sociétaux doivent être mieux considérés dans les politiques publiques. De nombreuses femmes ne savent rien des dispositifs

CÉCILE RILHAC,
députée Renaissance
du Val-d'Oise



© Assemblée nationale

« IL FAUT MIEUX FAIRE CONNAÎTRE LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION EXISTANTS, MAIS AUSSI INSISTER SUR LEUR GRATUITÉ, POUR RÉDUIRE LES PERTES DE CHANCE DES PATIENTES »

de prévention existants. Elles ignorent également que ces examens sont intégralement pris en charge par la Sécurité sociale. Parmi d'autres leviers, la gratuité doit être davantage mise en avant dans les campagnes de communication, mais aussi dans les opérations spéciales menées par certaines professions de santé, ce que font régulièrement les radiologues de ma circonscription. Certaines réticences culturelles et religieuses devront par ailleurs être levées pour réduire les pertes de chance des patientes. Il faut mieux expliciter les différences fondamentales entre la santé, la foi et la morale, notamment dans les quartiers, et insister lourdement sur la notion du secret médical.

→ Quel regard portez-vous sur les ambitions affichées dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers ?

Ce plan stratégique porte des ambitions fortes, notamment en matière de prévention, de qualité de vie et d'accès au progrès médical. Outre les cancers de mauvais pronostic, il prévoit également des actions ciblées contre les cancers pédiatriques et les cancers féminins, dont celui du sein dit "triple négatif". Il convient désormais de concrétiser la promesse. Les parlementaires seront des vigies éclairées de la transformation. Ils devront veiller au respect des orientations fixées et des budgets alloués, en particulier pour la recherche, et suivre l'évolution des mesures et des résultats avec la plus grande attention. Malgré ses nombreuses avancées, cette stratégie pourrait néanmoins être perfectionnée sur un point essentiel : la prise en charge des suites d'un cancer. Le bien-être des patientes est un facteur prépondérant pour lutter efficacement contre la maladie, mais aussi pour surmonter ses impacts physiques, psychologiques et psychiques. Le retour à la vie sociale et professionnelle doit être plus activement soutenu par les pouvoirs publics.

→ Comment améliorer les performances déclinantes des trois dépistages organisés ?

Les solutions ne sont pas les mêmes pour ces trois dispositifs, mais il faut actionner tous les leviers possibles pour atteindre les objectifs fixés dans la stratégie décennale. La communication sera un défi prioritaire. Le ministère de la Santé et de la Prévention pourrait notamment lancer des campagnes plus importantes et surtout plus fréquentes, en dehors des

événements thématiques comme Octobre Rose. La maladie ne se limite pas non plus aux âges indiqués ou aux cancers concernés par le dépistage organisé. Les expositions aux rayonnements doivent être pris en compte, mais ils ne doivent pas être un obstacle rédhibitoire pour autant. A défaut de généraliser le dépistage du cancer du poumon, il serait pertinent de réaliser un scanner thoracique à faible dose tous les dix ans, sans risque majoré pour la santé. Ce suivi plus régulier permettrait notamment de prévenir des complications évitables. Pour optimiser la performance globale, la méthode employée devra également évoluer. Les messages délivrés devront être moins anxiogènes et plus engageants. La plupart des actes ne sont ni douloureux ni invasifs... Il faut le faire savoir pour rassurer et convaincre la population. Une chose est sûre : l'image du dépistage doit être plus positive. Ce geste doit devenir un réflexe pour tous et entrer dans le quotidien de chacun, comme le brossage des dents.

→ Quelles sont les principales voies de progrès du dépistage du cancer du sein ?

La prévention du cancer du sein ne doit plus se limiter aux bornes d'âge fixées dans le cadre du dépistage organisé. Comme le préconisent les radiologues, les femmes ne doivent pas nécessairement attendre d'avoir cinquante ans pour passer un examen de contrôle, surtout si des facteurs de risque sont clairement identifiés. La vigilance doit également être maintenue après soixante-quinze ans. Plusieurs ajust-

CANCERS FÉMININS : UNE HAUSSE PRÉOCCUPANTE

Selon les données publiées dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique France paru en juillet dernier*, les nouveaux cas de cancers ont doublé entre 1990 et 2023. Autre enseignement critique de cette analyse statistique : le taux d'incidence a progressé plus rapidement chez les femmes (104 %) que chez les hommes (98 %) sur la période étudiée. Outre la hausse et le vieillissement de la population, l'explosion des facteurs de risque y contribue pour moitié. Sur les 187 256 cas estimés de cancers féminins pour cette année, ceux du sein (61 214), du colon/rectum (21 370) et du poumon (19 339) sont les plus représentés. Rétrospectivement, le cancer du poumon (+ 5 %) et le cancer du pancréas (+ 3,3 %) sont ceux qui ont le plus augmenté depuis trente-trois ans. Une évolution qualifiée de « préoccupante » par les auteurs de cette étude.

* « Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 », Santé publique France (juillet 2023).

« À DÉFAUT DE GÉNÉRALISER LE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON, IL SERAIT PERTINENT DE RÉALISER UN SCANNER THORACIQUE À FAIBLE DOSE TOUTS LES DIX ANS, SANS RISQUE MAJORÉ POUR LA SANTÉ »

→ tements seront par ailleurs indispensables sur le plan organisationnel. Les parcours des patientes doivent être simplifiés et les dispositifs "allers vers" renforcés. Pour gagner en efficacité, la société doit rapidement s'emparer de ce sujet qui ne peut plus être l'apanage du monde médical. Appuyée par des grandes campagnes nationales de sensibilisation, la prévention du cancer du sein doit être plus présente dans les entreprises et dans les écoles. Certains gestes simples, comme des autopalpations, pourraient parfois sauver des vies. Ils ne sont pas suffisamment connus ni enseignés.

→ La vaccination anti-HPV est un puissant levier contre de nombreux cancers (oraux, anaux, génitaux...). Comment augmenter le taux d'adhésion des différents publics visés ?

Les papillomavirus touchent aussi bien les femmes que les hommes qui sont les premiers vecteurs de leur transmission. Fiables et efficaces, les vaccins existants sont une formidable protection contre de nombreux cancers féminins et masculins, mais leur administration soulève encore des doutes et des interrogations. Dans un pays comme le nôtre, où la question vaccinale suscite la méfiance voire la défiance, l'approche coercitive ne fonctionnera pas. Il faut expliquer et rassurer sans brusquer ni imposer. La campagne de vaccination actuellement menée dans les collèges est un véritable progrès sociétal, dont les bénéfices ont été largement démontrés en Australie. Cette opération est une occasion idéale pour informer et responsabiliser les parents et les enfants. Il faut aller plus loin et profiter de cette opportunité pour aborder de nombreux enjeux sous-jacents. Assurée par des professionnels qualifiés et compétents, l'éducation à la santé et à la sexualité sera le meilleur moyen de contrecarrer les dérives obscurantistes.

→ Quelles sont les actions emblématiques menées dans votre circonscription pour lutter contre les cancers, notamment en matière de prévention ?

Je suis très attachée au tissu de proximité et donc aux actions conduites par les associations de ma circonscription, que nous tâchons de rendre visible et de faire connaître, notamment durant Octobre Rose, où nous valorisons depuis deux ans des initiatives méconnues qui portent sur certains cancers spécifiques ou certains accompagnements innovants, comme la

VACCINATION ANTI-HPV : UN DÉMARRAGE MITIGÉ

Annoncée en février dernier par Emmanuel Macron, la campagne de vaccination contre les papillomavirus humains dans les collèges français a officiellement débuté le 2 octobre. Gratuite et non obligatoire, elle cible uniquement les élèves de cinquième qui ne sont pas encore vaccinés. Un mois plus tard, les premiers résultats de cette opération spéciale variaient sensiblement selon les établissements et les régions, mais ils étaient néanmoins jugés encourageants par les pouvoirs publics, avec 100 000 approbations parentales recueillies et 20 000 injections réalisées. Deux freins critiques avaient été ouvertement évoqués par Aurélien Rousseau, ministre de la Santé et de la Prévention, pour expliquer ce démarrage mitigé : la réticence des parents, qui doivent donner leur autorisation pour cette vaccination, et la « communication difficile » avec les établissements privés sous contrat qui ont un droit d'exemption. Le décès d'un collégien de Loire-Atlantique, victime d'une chute mortelle à la suite d'un malaise post-vaccinal, pourrait également avoir des répercussions notables sur la suite de la campagne.

NB : 30 % des élèves inscrits en classe de cinquième devraient bénéficier des deux injections nécessaires dès cette année scolaire, selon les estimations du gouvernement.

pratique sportive. Cette année, nous avons également pu aborder les multiples enjeux de la prévention et du dépistage du cancer du sein avec le soutien des responsables départementaux de la FNMR¹. En dehors de cette période cruciale, je fais de mon mieux pour consacrer du temps aux associations locales, participer à leurs événements et les relayer sur mes réseaux sociaux. Je tâche aussi de faciliter la mise en relation des différents acteurs du territoire et de lever les éventuels obstacles qui pourraient freiner le développement de certains projets. Ma fonction me permet par ailleurs de faire passer certains messages, notamment auprès de mes collègues parlementaires. Au-delà des cancers féminins, je milite activement pour que la santé des femmes devienne une vraie priorité politique.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Fédération Nationale des Médecins Radiologues

« La profession doit rester maître de son destin ! »

Jeune radiologue installé dans le Bas-Rhin, Sébastien Thiriât pose un regard lucide sur trois grandes évolutions qui interrogent la pratique radiologique moderne : le renouvellement générationnel, le développement de l'intelligence artificielle et la financiarisation croissante du secteur. Pour lutter contre ce phénomène préoccupant, il défend la thèse du modèle capitaliste professionnel, dont il définit les grandes lignes.

→ Démographie, accès aux soins, progrès technologique... Quels sont les principaux défis du secteur de la radiologie ? Quels sont les sujets prioritaires ?

La radiologie libérale ne traverse pas une crise démographique majeure, mais le renouvellement générationnel n'en reste pas moins une priorité stratégique, notamment dans les territoires les plus reculés. Les tutelles devront rapidement relever le niveau du « numerus apertus » et augmenter significativement le nombre de places en internat de radiologie. Cette hausse salubre des effectifs ne sera pas immédiate pour autant, le temps de la formation étant incompressible. Il nous faut donc trouver des solutions intermédiaires pour traverser cette période de transition, sans sacrifier la qualité du service rendu aux patients. Plusieurs leviers pourraient être actionnés pour maintenir une offre radiologique équilibrée et attractive, comme le cumul emploi retraite, la maîtrise de stage libérale ou encore la mise en place de plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité, de manière à éviter l'hypercentralisation des ressources humaines. Ambitieux et pertinent, ce projet a été imaginé et porté par le Dr Eric Chavigny, vice-président de la FNMR¹.

→ Quid des manipulateurs en électroradiologie ? Comment pallier les difficultés de recrutement constatées sur le terrain ?

Le nombre de manipulateurs en exercice est clairement insuffisant. Certaines tâches pourraient être

DR SÉBASTIEN THIRIAT,
radiologue libéral
à Haguenau



DR

« IL NOUS FAUT BIEN COMPRENDRE LES MÉTHODES EMPLOYÉES PAR LES FINANCIERS ET DÉVELOPPER UNE FORME DE CAPITALISME PROFESSIONNEL QUI PERMETTRA DE RÉALISER DES ÉCONOMIES D'ÉCHELLE ET DE GÉNÉRER DE LA CROISSANCE EXTERNE »

« AU REGARD DES PROGRÈS ACCOMPLIS DEPUIS DEUX ANS, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PUISSANCE DE CALCUL OU DE PERFECTIONNEMENT DES ALGORITHMES, L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE LAISSE ENTREVOIR DE BELLES PERSPECTIVES EN RADIOLOGIE »

→ assurées par des infirmières ou des aides-soignantes, mais elles ne pourront pas « protocoler » des machines. Plusieurs réformes structurelles doivent donc être envisagées, à commencer par la reconnaissance des diplômes européens en France. Du fait de leur triple compétence en radiologie, en radiothérapie et en médecine nucléaire, les manipulateurs français sont très demandés, notamment en Suisse, en Belgique ou au Luxembourg, mais leurs homologues ne peuvent pas venir travailler chez nous. Autre priorité stratégique : le métier doit être mieux reconnu et mieux valorisé par les pouvoirs publics, mais aussi mieux connu des étudiants qui intègrent de plus en plus souvent cette filière par hasard ou par défaut... au gré des choix imposés par la plate-forme Parcoursup. Outre la hausse du nombre de places dans les instituts de formation, la création de nouvelles écoles sera également nécessaire pour pallier les difficultés de recrutement constatées sur le terrain. Une chose est sûre : les manipulateurs seront indispensables pour accompagner le développement technique et technologique des cabinets de radiologie, mais aussi pour renforcer l'accès aux soins des patients dans les territoires.

→ Comment améliorer durablement l'offre de soins radiologiques dans les territoires ? Le progrès technologique peut-il y contribuer ?

La hausse et le vieillissement de la population vont provoquer une augmentation importante de la demande de soins. Dans un contexte marqué par la pénurie médicale, la qualité et la proximité seront deux enjeux majeurs. L'offre radiologique devra être mieux répartie entre les grandes villes et les campagnes. Prioritairement implantés dans des zones sous-équipées, les PIMAP² sont une alternative viable et pérenne, sous réserve d'obtenir les autorisations requises de la part des tutelles. Dans certains cas et dans le respect des conditions fixées par la charte de référence, la télé-radiologie pourrait également permettre de réduire les distances et les délais de rendez-vous, mais cette solution palliative ne doit pas devenir une pratique courante. La problématique de l'accès aux soins ne

concerne pas uniquement les radiologues libéraux. La situation exige une politique plus globale pour restaurer l'attractivité des territoires les plus reculés. Le tissu rural devra être redynamisé par le travail. Les maires et les élus locaux devront développer des projets innovants et des infrastructures modernes pour attirer et fidéliser les professionnels de santé. Le lien social sera également un facteur prépondérant.

→ Quels sont les grands enjeux de l'intelligence artificielle en radiologie ? Quels sont les freins, les leviers et les risques ?

Longtemps considérées comme un point de blocage, les réticences professionnelles ont été assez rapidement levées. La question ne se pose plus : l'intelligence artificielle ne remplacera pas le radiologue, ne serait-ce que pour des questions de responsabilité médicale, mais elle deviendra un outil d'aide au diagnostic. De nombreuses évolutions techniques et technologiques seront toutefois nécessaires pour concrétiser cette promesse. Très largement perfectible, la performance des algorithmes doit encore être améliorée. Globalement élevé, le coût des équipements les plus sophistiqués peut également être un frein pour certains confrères, mais il doit être comparé au bénéfice clinique apporté et au temps gagné. Pour franchir un cap supplémentaire, la profession doit certainement mieux s'approprier les technologies et les outils existants, mais elle devra aussi être encore davantage impliquée dans la conception et le développement des projets. Les solutions doivent être impérativement pensées par et pour les radiologues qui les utilisent.

→ Quels sont les domaines thérapeutiques les plus avancés en intelligence artificielle ? Quelles sont les applications les plus prometteuses en termes de résultat obtenu ?

Avec la dermatologie et l'ophtalmologie, la radiologie concentre actuellement les avancées les plus prometteuses, notamment en orthopédie et en oncologie. Il existe des applications qui fonctionnent plutôt bien pour la détection des fractures et la mesure des angles ou encore la détection des nodules mammaires et des tumeurs cancéreuses, mais nous passons encore trop de temps à vérifier les résultats proposés par la machine. Certains radiologues les considèrent cependant comme un filet de sécurité, voire un deuxième avis utile pour éclairer leur décision. Au regard des progrès accomplis depuis deux ans, notamment en matière de puissance de calcul ou de perfectionnement des algorithmes, l'intelligence artificielle laisse entrevoir de belles perspectives en radiologie. Des avancées très concrètes se profilent...

→ Quels seront les principaux apports de l'intelligence artificielle dans la pratique radiologique, notamment en matière de diagnostic et de prise en charge ? Quels sont les bénéfices attendus pour la population ?

Des bénéfices sont déjà perceptibles, comme la réduction des doses injectées, des expositions aux

¹ Fédération Nationale des Médecins Radiologues

² Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité

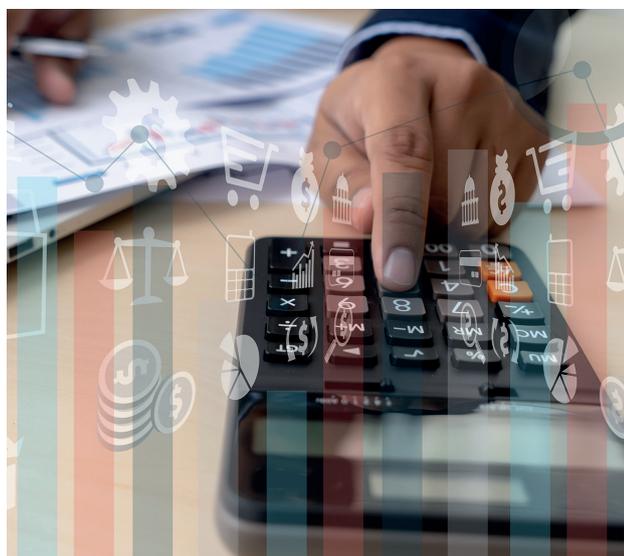
rayons ou du temps d'installation des patients, mais ils ne concernent pas directement la pratique radiologique. Certains projets en développement devraient néanmoins y remédier. A moyen terme, le diagnostic sera probablement davantage assisté, notamment grâce à l'amélioration des systèmes CAD et des outils de comparaison oncologique. Cette augmentation de la disponibilité technique et humaine nous permettra de prendre en charge plus de patients, mais aussi de mieux coordonner les parcours de soins. Certains algorithmes d'intelligence artificielle pourraient par ailleurs optimiser le pilotage et la performance des cabinets et des groupes de radiologie.

→ Quel regard portez-vous sur la financiarisation croissante du secteur de la radiologie ? Quels sont les risques pour la profession et les patients ?

L'intrusion des financiers dans le secteur de la radiologie est une réelle menace pour la santé publique. Leurs intentions sont pécuniaires et non sanitaires : les examens sont effectués en fonction de leur rentabilité et non plus de leur utilité médicale ou sociétale. La dimension financière est un pilier de notre modèle entrepreneurial, mais elle doit rester le corollaire de notre mission de soins. Les risques ne sont pas immédiats, comme le démontre l'exemple de la biologie médicale. Ils ne se manifestent pas directement au moment du rachat, mais plutôt au moment de la revente par le financier, quelques années plus tard. Dans le cadre de cette seconde transaction, les radiologues n'ont plus leur mot à dire et se voient imposer les conditions dictées par le nouveau propriétaire. Une fois ce stade franchi, ils perdent définitivement leur indépendance professionnelle et la maîtrise de leur outil de travail, ce qui se traduit inexorablement par une qualité de service dégradée pour les patients.

→ Comment protéger la population d'une offre de soins dégradée ?

Il faut aborder frontalement cette question. Les pouvoirs publics semblent avoir pris la mesure du problème. La publication de l'ordonnance relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées est un premier signal favorable, même si nous atten-



« IL NOUS FAUT BIEN COMPRENDRE LES MÉTHODES EMPLOYÉES PAR LES FINANCIERS POUR POUVOIR S'EN PRÉMUNIR, EN FAISANT ÉVOLUER NOS STRUCTURES VERS UNE FORME DE CAPITALISME PROFESSIONNEL QUI PERMETTRA DE RÉALISER DES ÉCONOMIES D'ÉCHELLE ET DE GÉNÉRER DE LA CROISSANCE EXTERNE »

dons toujours la parution des décrets et des arrêtés qui préciseront les règles et les usages pour notre propre profession. Dans son dernier rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie, la CNAM³ y consacre un chapitre entier et formule également deux recommandations pertinentes : mettre en place un observatoire dédié et créer une mission interministérielle de contrôle. Toutes les propositions sont les bienvenues pour comprendre, documenter et prolonger la réflexion sur ce sujet sensible, que ce soit sur le plan politique, économique ou juridique. Les radiologues doivent se mobiliser et se défendre.

→ Quelles sont vos propositions pour lutter contre ce phénomène ?

La profession doit rester maître de son destin. Pour contrarier les ambitions des financiers, il nous faut bien comprendre les méthodes employées et déployer une forme de capitalisme professionnel. Dans de nombreux territoires, les cabinets de radiologie pourraient mutualiser ou externaliser leurs fonctions support pour réaliser des économies d'échelle, mais également se regrouper ou fusionner pour générer de la croissance externe. Deux conditions sont néanmoins posées : les implantations de sites devront être pensées en fonction des besoins de la population et les groupes de radiologie devront conserver une dimension régionale. Plus vertueux, ce modèle capitalistique permettrait de répondre aux exigences de qualité et de proximité des soins. Plus concentré, il permettrait de libérer de nouvelles capacités d'investissement. Plus entrepreneurial, il permettrait de développer des pôles hyperspécialisés. Plus attractif, il permettrait de recruter plus facilement des jeunes radiologues. La quadrature du cercle serait assurée. Les Agences Régionales de Santé n'y seraient vraisemblablement pas opposées.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie



Conseil d'administration Septembre 2023

POINT POLITIQUE ET SYNDICAL

L'ordre du jour du conseil d'administration de la FNMR du 10 septembre 2023 est particulièrement fourni en raison de l'actualité concernant la radiologie. Jean-Philippe Masson, président de la Fédération, ouvre les débats en faisant le tour des différents rendez-vous avec les tutelles.

→ LE PLAN PERTINENCE IMAGERIE

Depuis un an, la FNMR a relancé à de nombreuses reprises la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour reprendre les discussions pour l'élaboration du plan pluriannuel de pertinence en imagerie. La Caisse a fini par répondre en annonçant une rencontre à venir mais sans date. A suivre.

→ LES PRODUITS DE CONTRASTE

La Direction de la sécurité Sociale (DSS), chargée de la réforme des produits de contraste, a organisé une réunion avec les quatre laboratoires producteurs début septembre. Deux d'entre eux considèreraient que la date de mise en œuvre au 1^{er} mars 2023 est encore trop proche. La Fédération a rappelé à la DSS que l'intégration des produits de contraste dans les forfaits techniques ne pouvait, par définition, concerner que l'imagerie en coupe. Elle a aussi demandé à la DSS d'intervenir auprès de l'ANSM pour que les autorisations des conditionnements multipatients soient délivrées nettement avant le 1^{er} mars 2024.

Des questions restent en suspens comme le taux de TVA sur les PDC, de 2,1 % actuellement, comme pour tous les médicaments.

→ RENCONTRES ÉLYSÉE ET MATIGNON

Jean-Philippe Masson a rencontré les conseillers santé du président de la République et du Premier ministre pour leur présenter les positions de la Fédération sur les autorisations, les produits de contraste, la démographie des manipulateurs, le dépistage du cancer du sein, la financiarisation, etc. L'écoute a été attentive. Les conseillers ont indiqué qu'il n'y aurait pas de nouvelles mesures sur la radiologie prévues au PLFSS 2024.

Il invite les radiologues à contacter leur député et sénateur pour leur présenter la situation de la radiologie libérale au travers de l'étude réalisée par la FNMR : *L'imagerie médicale – Un atout pour la santé, un atout pour l'économie.*

→ LE RÉGIME DES AUTORISATIONS

La circulaire d'instruction aux Agences Régionales de Santé (ARS) n'est toujours pas publiée. Une raison serait la volonté de certains acteurs de modifier le décret initial pour remplacer les termes "radiologie interventionnelle" par "imagerie interventionnelle". La FNMR est totalement opposé à sa réécriture. Il a fallu plusieurs années de concertation pour finaliser le décret. En revanche, la parution de l'instruction est impérative pour éviter les interprétations locales.

Un des points qui restent en suspens est celui de la compétence des médecins qui font de l'interventionnel. Le Conseil National Professionnel de la radiologie (CNP) a proposé une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) par le biais d'une commission du CNP. Les compétences d'un radiologue dont la formation initiale a inclus les niveaux 1 et 2 de RI seraient validées d'office. Au-dessus de ces niveaux, il faudrait justifier d'une formation complémentaire avec le certificat spécial d'interventionnel.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) est opposée à ce modèle mais demande toujours une "justification" des compétences pour les radiologues, les autres spécialités n'ayant aucune contrainte¹.

Un débat s'engage au sein du Conseil sur les autorisations nouvelles d'équipements et les Plans Régionaux de Santé (PRS). Dans la plupart des régions, les ARS anticipent que la plupart des sites vont passer de 1 équipement à 2 ou 3 par la procédure de déclaration. En conséquence, elles prévoient très peu de nouvelles autorisations hors établissement. Une région envisage de regrouper des structures juridiques présentes sur un même site en une seule pour limiter les possibilités d'équipements par simple déclaration.

Une région traditionnellement très hospitalo-centrée modifie sa politique et accorde plus d'autorisations. Une autre fait exception en prévoyant de libéraliser les autorisations avec une hausse des équipements de 30 % à 40 % du parc d'ici 2 ans.



→ LES PIMAP

Le PIMAP, Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité, est un modèle reposant sur l'implantation de scanners et/ou d'IRM, dans des centres d'imagerie en dehors des établissements. Cela permet d'offrir l'ensemble des techniques d'imagerie et de prendre en charge les patients sur les territoires en évitant les transports.

Pour implanter des PIMAP, il faut faire évoluer les PRS. Actuellement, les ARS ont plutôt tendance à mettre les matériels lourds dans des établissements, de les conditionner à la réalisation de la PDS, etc. Or, le PIMAP, c'est la radiologie de proximité, c'est la gestion des patients en journée pour éviter les transports et décharger les services d'urgence.

Plusieurs administrateurs indiquent avoir déposé une demande du type PIMAP, souvent avec le soutien d'élus locaux que les radiologues ont sollicités. Des autorisations ont déjà été accordées. Elles sont à proximité d'une maison médicale et ont donc un effet structurant permettant d'attirer d'autres spécialités et d'autres professions de santé.

Éric Chavigny, Vice-Président, rappelle que les PRS sont en cours d'écriture. La réforme des autorisations va permettre des équipements supplémentaires, jusqu'à 3 par site déjà existant. Alors que les PRS ne sont pas terminés, il est important de promouvoir le concept de PIMAP dans les régions pour le "sanctuariser" puisque ce sont des nouveaux sites d'autorisation. Le PIMAP est aussi un élément motivant pour l'installation de jeunes radiologues dans les centres d'imagerie de proximité.

→ LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN IMAGERIE MÉDICALE

Le statut d'établissement de santé en imagerie médicale est un concept avancé par la FNMR lors de la préparation des décrets sur l'imagerie. La DGOS n'ayant pas accepté, à l'époque, de le reprendre, il avait été convenu d'étudier ce modèle après la mise en œuvre de la réforme. Ce point fait partie de ceux qui seront abordés lors de la prochaine rencontre avec la DGOS.

→ LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

L'organisation de la seconde lecture devient compliquée en raison de la baisse du nombre de seconds lecteurs. Une autre cause tient à l'obligation d'imprimer des films pour relecture sur des négatoscopes qui ne peuvent être réparés lorsqu'ils tombent en panne puisqu'ils ne sont plus fabriqués.

Depuis quinze ans, l'Institut National du Cancer (INCa) réfléchit à la dématérialisation de la seconde lecture sans avoir abouti à ce jour.

La Fédération a donc proposé aux conseillers santé de l'Élysée et de Matignon de réfléchir au recours à l'Intelligence Artificielle dans le dépistage. Un nouveau modèle pourrait être développé avec le maintien de la première lecture dans les centres de radiologie par un radiologue après l'examen clinique et avec, éventuellement, une échographie. Cette lecture serait doublée d'une lecture "informatique" à travers un algorithme d'intelligence artificielle. Enfin, une seconde lecture aléatoire permettrait de maintenir le haut niveau de qualité du dépistage.

DRIM France IA a déjà évalué plusieurs logiciels d'IA. La Fédération a publié dans la revue de juillet du *Médecin Radiologue*² un audit des logiciels d'IA avec une approche économique.

Les économies sur la seconde lecture pourraient être consacrées à financer la création d'un modificateur, sur le modèle de celui de l'archivage, permettant l'acquisition de logiciels d'IA exclusivement pour les radiologues qui font du dépistage.

La proposition vise à faire évoluer, avec les techniques disponibles, le dépistage mais, bien évidemment, des experts du dépistage et de l'IA devront étudier la question. Il faudra aussi convaincre les tutelles.

¹ Depuis, une rencontre FNMR – DGOS a "précisé" les orientations de la DGOS. Pour les chirurgiens, l'autorisation d'activité vaudrait autorisation de pratiquer la RI. Pour les radiologues salariés, c'est le directeur de l'établissement qui validerait leurs compétences. Pour les radiologues libéraux, c'est le Directeur général de l'ARS qui validerait les compétences, aidés "d'experts".

² *Le Médecin Radiologue* – Juillet 2023 – n° 468

→ Un administrateur suggère de combiner plusieurs applications d'IA. Dans les cas où trois applications ne détecteraient rien, les mammographies ne seraient pas soumises à une seconde lecture. En revanche, les autres le seraient mais dans des volumes minimes assurant une forte économie de temps médecin. Actuellement, les bases de données sont insuffisantes pour garantir les résultats de l'IA. Un administrateur remarque que le nombre de faux positifs est très élevé ce qui signifie que l'IA ne donnera que peu de mammographies normales.

Peter Petrow fait part de l'expérience des Hauts-de-France qui montre, qu'actuellement, il n'est pas possible de supprimer la seconde lecture avec l'utilisation de l'IA car peu de centres en sont équipés. Dans un futur proche, grâce à la case cochée « utilisation de l'IA » sur la fiche d'interprétation (FI) actuelle de dépistage des L1, on pourra connaître le nombre précis de cancers découverts lors de la deuxième lecture (L2) dans les centres L1 avec IA versus les centres L1 sans IA dans l'Oise et les centres des Haut-de-France. L'IA peut sans doute aider mais il faut actuellement être prudent sur les futures conclusions dans le cadre de son utilisation dans le dépistage organisé en France.

Pour **Laurent Verzaux**, toutes les idées émises au sein du Conseil d'administration sont des pistes de réflexion sur le recours à l'IA. Elles se combinent avec la problématique de la seconde lecture. Actuellement, l'IA n'est pas suffisamment performante et les différents tests réalisés montrent qu'il y a plus de faux positifs que d'aide au diagnostic. Cependant, l'IA progresse rapidement et deviendra incontournable à terme.

Il importe que les radiologues reprennent la main sur ce dossier en avançant une proposition qui évite d'être soumis à l'inertie de l'INCa. Par le passé, la radiologie a obtenu la numérisation de la sénologie. C'était la première brique. La suivante était la dématérialisation pour pouvoir centraliser ou décentraliser la deuxième lecture. Cette étape s'est enlisée dans les procédures de l'INCa avec des expérimentations qui n'ont pas abouti au bout de quinze ans. L'arrivée de l'IA et les fortes contraintes économiques amènent à repenser l'évolution du dépistage et de la seconde lecture.

Gilbert Leblanc soumet deux réflexions.

- La première, sur la plan politique. Les responsables politiques qui suivent ce dossier sont attachés à l'excellence des campagnes organisées de l'État. Ils considèrent que la seconde lecture fait partie

de l'expertise et garantit l'excellence. C'est ce que nous avons toujours défendu devant les décideurs politiques. Il ne faut pas se renier en supprimant la seconde lecture sans garantir la pérennité de la qualité du dépistage.

- La seconde réflexion est d'ordre médico-scientifique. Pourquoi l'IA ne marche pas si bien ? Certes, elle va progresser mais à la condition de disposer de bases de données adaptées. Or, aujourd'hui, elles ne sont que du recueil et ne sont pas "purifiées". Il n'y a pas de tri des faux négatifs ni des faux positifs. L'idéal serait, à la lumière du suivi effectué dans le DOCS (compte rendu chirurgical et anatomopathologique) de ne conserver que les images et les CR radiologiques confirmés par le suivi des patientes : base « purifiée ». Une autre critique est faite : il ne faudrait pas rompre le suivi exhaustif effectué aujourd'hui, dans la campagne DOCS, et donc ne pas tomber dans une campagne d'invitations, ce qui nous priverait à l'échelle nationale des données de suivi de chaque femme dépistée. Cela manquerait pour faire progresser l'IA.

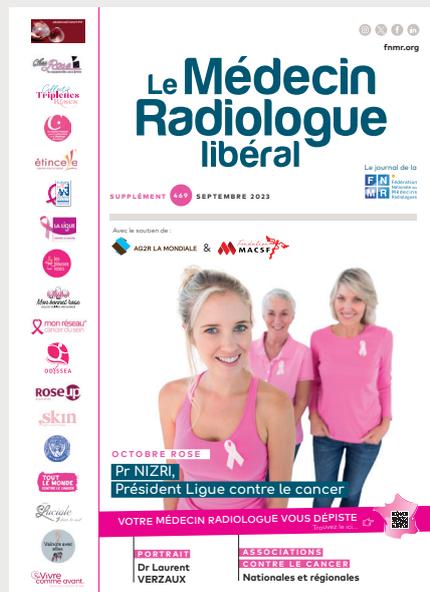
Dominique Masseys, membre du bureau du CRDC³ Nouvelle-Aquitaine, rappelle que ce sont les radiologues libéraux, avec la Fédération, qui sont à l'origine du dépistage. Il faut être attentif à ce que le dépistage reste une action de santé publique menée par les radiologues car c'est essentiellement sur eux que repose le DO (dépistage organisé) du cancer du sein.

Pour **Philippe Coquel**, Secrétaire général adjoint, les groupes financiers veulent s'appuyer sur l'IA, y compris en mammographie. Actuellement, certains groupes financiers limitent les mammographies de dépistage parce que cette activité n'est pas assez rentable ou utilisent la télé-radiographie en faisant pratiquer l'examen clinique et l'échographie par un manipulateur. Le recours à l'IA sans seconde lecture pourrait être une porte grande ouverte pour ces groupes.

Jean-Philippe Masson rappelle que les outils d'IA sont alimentés par des bases de données françaises mais aussi d'autres pays. L'important est bien d'avoir des bases de données très importantes, c'est pour cela que DRIM France IA a été créé pour utiliser les 100 millions de dossiers (toutes pathologies) produits annuellement. L'idée est lancée, il faut maintenant l'expertiser et convaincre les tutelles.

→ OCTOBRE ROSE

Cette année, la FNMR s'est associée à 18 associations nationales de patientes, près de 60 associations locales et des CRDC ainsi que deux mutuelles santé pour promouvoir le dépistage. Ce partenariat a fait l'objet d'un numéro spécial de la revue du Médecin



³ Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers

Radiologue. Des affiches et des flyers ont été mis à disposition des cabinets de radiologie et des associations.

L'INCa a été sollicité pour une interview dans la revue mais n'a pas souhaité y répondre.

→ TAUX DE CHARGES

La refonte de la CCAM⁴ est réalisée sous l'égide du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN). Actuellement, les experts analysent les libellés des actes. Ultérieurement, les taux de charges par spécialité seront définis. C'est à partir du travail médical que représente un acte et du taux de charges que seront déterminés les tarifs des actes. Depuis le lancement de la CCAM, le taux de charges affectée par la CNAM à la radiologie est inférieur à la réalité ce qui, du point de vue de l'État, a justifié les baisses tarifaires en radiologie.

La LFSS 2023⁵ donne pouvoir à la Caisse de réétudier le taux de charges. Initialement, le projet du Gouvernement était de limiter l'étude aux seuls équipements lourds. L'intervention de la Fédération avait permis que la LFSS prenne en compte l'ensemble des techniques.

→ LA GRÈVE DU 13 OCTOBRE

Jean-Philippe Masson détaille le contenu de la proposition de loi (PPL) Valletoux. Une des dispositions vise à obliger tous les médecins libéraux à prendre des gardes dans les hôpitaux.

Cette PPL, qui intervient après l'échec des négociations conventionnelles, est une attaque de la médecine libérale. De plus, dans une récente interview⁶, le directeur général de la CNAM menaçait les médecins libéraux d'un durcissement de la PPL s'ils ne se rangeaient pas à des propositions "raisonnables".

Dès le mois de juin, Avenir Spé a lancé un mot d'ordre de grève illimité rejoint par l'ensemble des syndicats médicaux représentatifs⁷.

Jean-Philippe Masson soumet au Conseil d'administration une proposition d'action consistant à ne plus prendre de rendez-vous dans les cabinets de radiologie à partir du 13 octobre. Cette action a aussi pour objectif de combattre la proposition de loi Valletoux qui veut imposer aux médecins libéraux de prendre des gardes dans les établissements publics. Il signale que les autorités, préfet et CDOM, ont le pouvoir de réquisitionner les médecins en cas de nécessité.

Laurent Verzaux souligne que le fait que tous les syndicats soient réunis sur un seul mot d'ordre est assez rare. La loi Valletoux remet en cause la liberté d'installation et veut obliger les médecins libéraux à participer aux gardes à l'hôpital alors que nombre de radiologues en assurent déjà dans leur service. Le ministre a annoncé qu'il voulait ouvrir rapidement des négociations. Le mouvement de grève sera regardé attentivement par le gouvernement. Si ce mouve-

ment est suivi par l'ensemble des syndicats, il sera rapidement levé et permettra d'entrer dans la négociation en position de force.

Après un débat au sein du conseil, la position de la FNMR est adoptée à l'unanimité : grève en arrêtant la prise de rendez-vous à partir du 13 octobre, publication d'un communiqué de presse annonçant la participation des radiologues au mouvement de grève.

→ PRODUITS DE CONTRASTE

Philippe Coquel résume l'évolution de la réforme des produits de contraste : il ne s'est rien passé. L'arrêté du 20 avril a été abrogé, puis un nouvel arrêté a, lui aussi, été abrogé le 27 juin, 3 jours avant son application. Un troisième décret est en cours de rédaction qui confirmera la date de la prise en charge des PDC pour le scanner et l'IRM par les centres de radiologie au 1^{er} mars 2024 avec les revalorisations prévues de forfaits techniques.

→ MONTAGE FINANCIER

Philippe Coquel poursuit en abordant la question de la financiarisation. Il présente le modèle sur lequel repose les montages financiers de rachats de cabinets de radiologie : achats par effet de levier.



Imaginons un investisseur qui veut acheter une société dont la valeur est de 100 millions. Il dispose de 25 millions et emprunte 75 millions pour le rachat. L'entreprise rachetée va verser chaque année des dividendes à l'investisseur qui vont lui permettre de rembourser les 75 millions empruntés en 5 ans. A l'issue des 5 ans, l'investisseur revend la société pour 100 millions à un autre investisseur. Il empoche donc 100 millions alors qu'il n'avait investi que 25 millions. L'effet de levier lui permet de gagner 75 millions soit trois fois sa mise de départ, l'entreprise rachetée payant elle-même son rachat. C'est le même principe que l'achat d'un appartement

⁴ Classification Commune des Actes Médicaux

⁵ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

⁶ Le Quotidien du Médecin du 18 septembre 2023

⁷ Depuis, les ministres de la santé ont adressé une lettre de cadrage des négociations conventionnelles au directeur général de l'UNCAM qui a conduit les syndicats à lever leur mot d'ordre de grève.

→ destiné à la location. La question est, dans le cas d'un cabinet de radiologie, le radiologue veut-il être le propriétaire ou le locataire ?

Tout le monde s'interroge sur la valorisation des cabinets rachetés à 8 fois l'EBITDA⁸ alors que la valeur d'entreprise est de 15 fois. De ce fait, le financier a déjà gagné deux fois sa mise.

La presse financière montre qu'il y a une accélération des prises de participation financière. Depuis un an, les fonds de pension sont des acteurs majeurs dans ces opérations (Ardian, ex groupe AXA, Bridgepoint et BlackRock, le plus important au monde, etc.).

La participation au capital d'un groupe de radiologie même s'il est inférieur à 25 % ne détermine pas son contrôle. En effet, un pacte d'associés peut fixer à 99 % la part des dividendes qui remontent à la structure financière.

La multiplication de ces opérations a entraîné une réaction de la CNAM qui a consacré un chapitre de son rapport annuel⁹ à la financiarisation et particulièrement en radiologie.

L'ordonnance du 8 février 2023 comble une partie des brèches juridiques qui permettaient des montages juridiques attribuant à certaines actions des valeurs doubles ou triples des autres. Mais la mise en œuvre de l'ordonnance dépend des décrets d'application à paraître et de l'engagement du Conseil national de l'Ordre des médecins qui se voit légalement chargé de contrôler ces opérations.

Le 10 juillet, une décision du Conseil d'État a confirmé celle du Conseil de l'Ordre des vétérinaires excluant les sociétés sous contrôle financier extérieur. Les règles du code rural et de la pêche qui régissent les vétérinaires sont similaire à celles qui régissent les médecins avec le code de la santé publique.

Pour le Conseil d'État si des accords passés entre associés ou des engagements contractés avec des sociétés tierces méconnaissent les règles de la profession et portent atteinte à l'indépendance professionnelle, le Conseil de l'Ordre des vétérinaires est autorisé à refuser l'inscription ou à radier ces sociétés. Le Conseil de l'Ordre est habilité à vérifier les modalités de gouvernance des sociétés vétérinaires à partir du pacte d'actionnaires, du règlement intérieur, etc. Enfin, le Conseil d'État rappelle que la profession de vétérinaire est un acteur clé de la santé publique, animale et humaine — le Conseil associe les deux —, et que préserver son indépendance constitue donc des « raisons impérieuses d'intérêt général ».

Il faut aussi rappeler que les fonds de pension ne sont pas des garants de pérennité absolue. Dans la santé, un groupe (Envision) qui gère 250 centres chirurgicaux, 25 000 médecins, prestataires, etc., est en faillite depuis le 15 mai 2023. Le plus grand groupe américain de radiologie, Radiology Partners avec 3 300 radiologues, a vu sa note abaissée de B à CCC+ par S&P Global Ratings.

IL N'Y A RIEN D'INTRINSÈQUEMENT BÉNÉFIQUE OU NÉGATIF À UN MODÈLE FINANCIER. LA QUESTION SERAIT PLUTÔT : QUI VOUS POSSÈDE ?

KURT SCHOPPE

→ LES OUTILS DE LA FINANCIARISATION

Les radiologues ont la compétence professionnelle, les financiers ont des équipes managériales. Ils ont accès à des financements de dettes privées mais les radiologues peuvent utiliser la méthode et les outils des financiers en prenant appui sur des professionnels de la finance et du management tout en gardant leur indépendance professionnelle.

Aux États-Unis, quand on évoque les *private equity*, c'est-à-dire les fonds d'investissement, une phrase revient toujours : *cash is king*. Le cash, c'est le roi. La seule question qui se pose est : qui est le roi ? Le cash ou le radiologue ?

La cession ou non d'une entreprise radiologique à un groupe financier doit rester un choix réfléchi et non contraint.



⁸ Correspond à l'excédent brut d'exploitation

⁹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Juillet 2023 – Assurance Maladie

→ DRIM-Box

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, rappelle qu'à une récente question flash de la Lettre Informatique de la FNMR : « Avez-vous l'intention de vous équiper d'une DrimBox ? », 13 % des radiologues ont répondu Oui - 10 % Non - 7 % Je ne sais pas et 70 % C'est quoi une DRIM-Box ?

La revue du Médecin Radiologue a consacré un dossier à la DRIM-Box (Revue 470 d'octobre 2023). Jean-Marc Chevilly, responsable du volet imagerie du Ségur numérique explique les enjeux et présente les caractéristiques exigées par l'État pour chaque DRIM-Box. Les fabricants répondent à quelques questions posées par la Fédération. La revue présentera prochainement une étude documentaire comparative de ces Box.

→ FORCOMED

Jean-Charles Leclerc, Président de Forcomed, annonce **une nouvelle formation "séno"** d'approfondissement et de rafraichissement. Forcomed a besoin de dossiers. Les radiologues intéressés peuvent se rapprocher de Christian Fortel.

Les radiologues peuvent valider leur obligation triennale DPC 2023-2025 avec Forcomed. Ils doivent également "colliger" leurs actions de formation et leurs DPC sur la plateforme <https://parcourspro.online/>.

Forcomed propose une formation pour les secrétaires "accueil physique et téléphonique". Elle apporte, entre autres, des éléments pour répondre à l'agressivité de certains patients. Cette formation peut être réalisée en intra dans les groupes. Une formation en e-learning sur l'anatomie est en préparation pour les manipulateurs.

Eric Chavigny, Président de Forco FMC, présente la formation sur le dépistage du cancer du poumon préparée avec la Société française de radiologie et la Société française d'imagerie thoracique. Ce dépistage n'existe pas encore en France, mais il faut le préparer d'où cette formation en e-learning et en présentiel sur des cas cliniques.

Christian Fortel a participé à la première session qu'il juge de qualité. La formation prépare déjà à la pratique du dépistage individuel, avec le remplacement des radiographies par les scanners low dose.

→ AUDIT PAR LES PAIRS

L'audit par les pairs est une obligation réglementaire explicitée par Jean-Charles Leclerc. Il est issu d'une directive Euratom (2013/59) transcrite dans le code de la santé publique. Il est basé sur une grille issue de la norme Afnor NF S99-300, publiée en juillet 2021, elle-même issue de Labelix.

L'audit est réalisé par une équipe pluriprofessionnelle, un médecin et un manipulateur, qui se déplace dans les structures d'imagerie. Ce n'est pas une accréditation, il n'a pas vocation à donner ou non le droit d'exercer. C'est une approche formative d'une amélioration progressive de la qualité dans les structures radiologiques. Il est axé radioprotection, essentiellement sur le volet justification et de la vérification de la pertinence des demandes mais n'est pas limité à ce point.

La grille et la procédure d'audit sont finalisées. Elles sont en attente de validation à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour démarrer la phase pilote à la fin de l'année avec des sites, notamment libéraux, volontaires. Il n'y a pas de coût pour les sites pilotes.

→ MARKETPLACE

Le *marketplace*, centrale de référencement, poursuit son développement pour une mise en ligne au début de l'année 2024. Actuellement, la réflexion porte sur la forme juridique afin de garantir l'indépendance du marketplace qui sera un outil pour les radiologues, fait par les radiologues.

→ LES RÉSEAUX SOCIAUX

La Fédération améliore sa présence sur les réseaux sociaux avec une très forte progression sur LinkedIn (tableau 1).

Le conseil d'administration se termine sur l'appel du président à participer au mouvement du 13 octobre et aux JFR 2023. ■

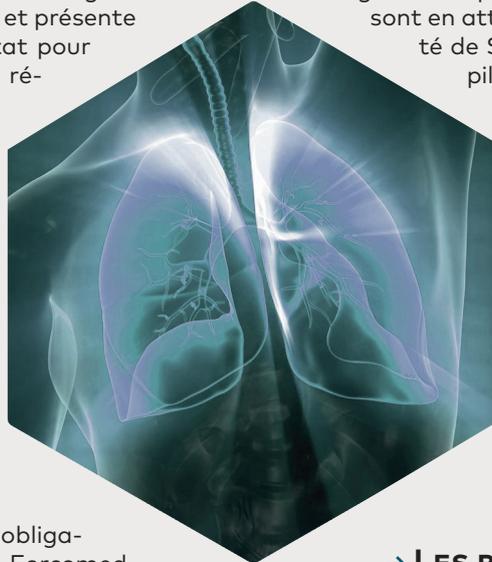


Tableau 1

Nombre d'abonnés sur les réseaux sociaux de la FNMR - 2023			
	Janvier	Septembre	Augmentation
	1561	4065	+ 160 %
	1807	1867	+ 3 %
	4853	5207	+ 7 %
	113	390	+ 245 %

Les dépenses de santé en 2022¹

La publication de l'édition 2023 des "Dépenses de santé² en 2022" par la DREES est l'occasion de faire un zoom sur certains points de notre système de santé.

DÉPENSES DE SANTÉ 2022

En 2022, la dépense courante de santé s'est élevée à 313 Md€ en hausse de 2 % par rapport à 2021, année qui avait connu une croissance de près de 10 % en raison de la crise du Covid (tableau 1). Le total de ces dépenses représente environ 12 % du PIB français (tableau 1).

La consommation (CSBM³) se décompose pour moitié en soins hospitaliers (48,7 %), un peu plus d'un quart en soins de ville, 13,9 % pour les médicaments, 8,5 % pour les autres biens médicaux et 2,5 % pour les transports sanitaires. La part de la consommation (CSBM) restant à la charge des ménages est de 7,2 %.

STRUCTURE DE LA CONSOMMATION

Les années 1985 à 2000 sont marquées par un recul de la part des dépenses de soins hospitaliers en raison des politiques de régulation menées durant cette période. La part des médicaments distribués en ambulatoire baisse aussi, toujours en raison des mesures de régulation.

A l'inverse, la part des transports sanitaires et des biens médicaux augmente fortement de 3 % à 11 %. Cette croissance est due, en partie, à la hausse de leur prix.

La part des soins de ville reste constante depuis 1950. La période 2020-2022 est marquée par la crise Covid qui fait remonter la part des dépenses hospitalières (Graphique 1).

LES ÉTABLISSEMENTS

Le secteur hospitalier comprend près de 3 000 établissements dont 73 % dans le secteur public. En 2021, près de 13 millions de patients ont été hospitalisés en MCO, PSY et SSR⁴ en progression pour les deux premières disciplines et en recul pour les SSR.

Le secteur public réalise 71 % des hospitalisations partielles et 74 % des hospitalisations complètes (tableau 2). Pour le secteur privé, les points forts sont la MCO et les SSR en hospitalisation partielle et les SSR en hospitalisation complète (tableau 2).

¹ Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Edition 2023 Panorama de la DREES

² C'est la consommation de biens et services médicaux et sanitaires, individuels ou collectifs.

³ C'est l'agrégat utilisé par les comptes de la santé qui représente l'ensemble des biens et des services de santé consommés.

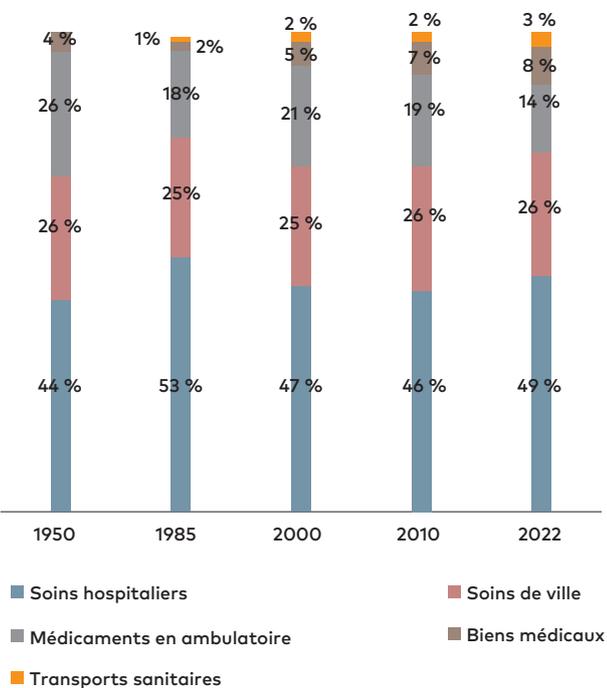
⁴ Médecine, Chirurgie, Obstétrique – Psychiatrie – Soins de Suite et Réadaptation

Tableau 1

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) - En Md€					
	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022
Soins hospitaliers	97,2	103,3	110,2	114,9	4,3 %
Hôpitaux secteur public	74,5	79,8	84,9	88,7	4,5 %
Hôpitaux secteur privé	22,7	23,5	25,2	26,2	3,6 %
Soins ambulatoires	109,9	107,2	116,8	120,9	3,6 %
Soins de ville¹	56,6	54,8	60,3	62,2	3,1 %
Soins médecins et sages-femmes	23,7	23,0	24,6	25,6	4,1 %
Soins auxiliaires médicaux	15,9	15,7	17,3	17,8	3,0 %
Soins dentistes	12,0	11,4	13,5	13,8	2,6 %
Labo d'analyses	4,5	4,5	4,7	4,6	-1,6 %
Cures thermales	0,4	0,1	0,2	0,3	34,7 %
Médicaments	30,7	29,8	31,1	32,8	5,3 %
Biens médicaux	17,6	17,8	19,8	20,0	1,0 %
Transports sanitaires	5,1	4,7	5,6	6,0	7,7 %
Consommation de soins (CSBM)	207,1	210,4	226,9	235,8	3,9 %
Part en % du PIB	8,5 %	9,1 %	9,1	8,9 %	
Dépense hors CSBM	63,4	69,4	80,6	77,8	-3,5 %
Soins de longue durée	42,7	45,5	47,7	49,5	3,8
Soins de prévention	5,5	8,7	17,5	12,7	-27,9 %
Gouvernance	15,2	15,2	15,4	15,7	1,7
Dépense courante de santé (DCSI)	270,6	279,8	307,6	313,6	2,0 %
Part en % du PIB	11,1 %	12,1 %	12,3 %	11,9 %	

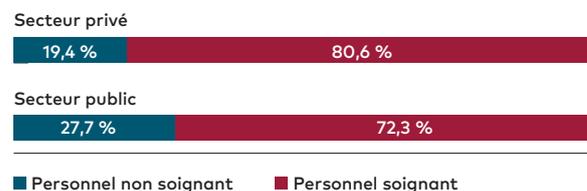
Graphique 1

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en %



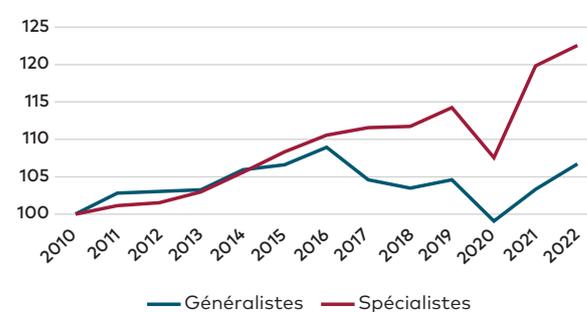
Graphique 2

Répartition du personnel soignant / non soignant dans les secteurs public et privé en 2021



Graphique 3

Evolution des soins de médecins en volume (Base 100 en 2010)



Graphique 4

Répartition de la dépense de soins courants des spécialistes 2022

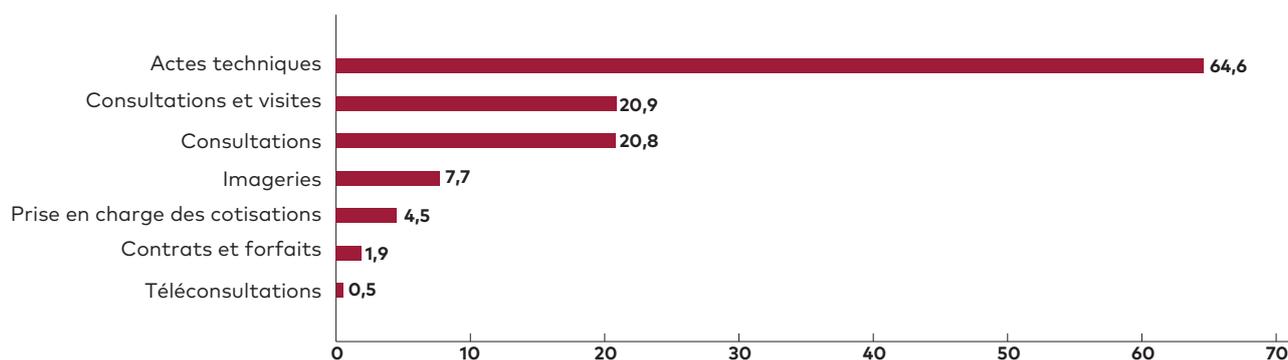


Tableau 2

Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en place – Secteurs public et privé fin 2021

	Hospitalisation partielle (en places)				Hospitalisation complète (en lits)			
	Public	Privé	Privé en %	Ensemble	Public	Privé	Privé en %	Ensemble
MCO	21 568	14 068	39 %	35 636	152 894	42 423	22 %	195 317
PSY	27 284	2 519	8 %	29 803	38 986	14 647	27 %	53 633
SSR	10 043	6 942	41 %	16 985	68 654	34 845	34 %	103 499
Ensemble	58 895	23 529	29 %	82 424	260 534	91 915	26 %	352 449

Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Source : DREES – SAE 2021

→ Le personnel des établissements privés est composé à 81% de soignants (Médecins, sage-femmes, internes, autres) contre 72 % pour le secteur public (Graphique 2). Le pourcentage de non soignants (administratif, technique, éducatif, social et médico-technique) inférieur dans le privé pouvant, en partie, s'expliquer par le recours à des prestataires extérieurs.

LES SOINS DE MÉDECINS

De 2010 à 2016, les consommations de soins de médecins, généralistes ou spécialistes, ont suivi la même tendance. Mais à partir de 2017, l'écart se creuse en faveur des soins de spécialistes (Graphique 3).

Les dépenses de soins de généralistes sont composées aux deux-tiers de consultations et visites (68%), de contrats⁵ et forfaits à 18 %, de prise en charge des cotisations à 5,7 %, de 5,6 % d'actes techniques et de téléconsultations pour 2,7 %.

Pour les spécialistes, ce sont les actes techniques qui représentent les deux-tiers (65 %) des dépenses, suivis des consultations et visites pour 21%, de l'imagerie pour 8%, de la prise en charge des cotisations (4,5 %), de contrats et forfaits (1,9 %) et de téléconsultations (0,5 %) (Graphique 4).

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Depuis 2010, les dépassements d'honoraires sont en baisse constante chez les généralistes en raison de la réduction du nombre de médecins en secteur 2 passé de 10 % en à 5 % en dix ans.

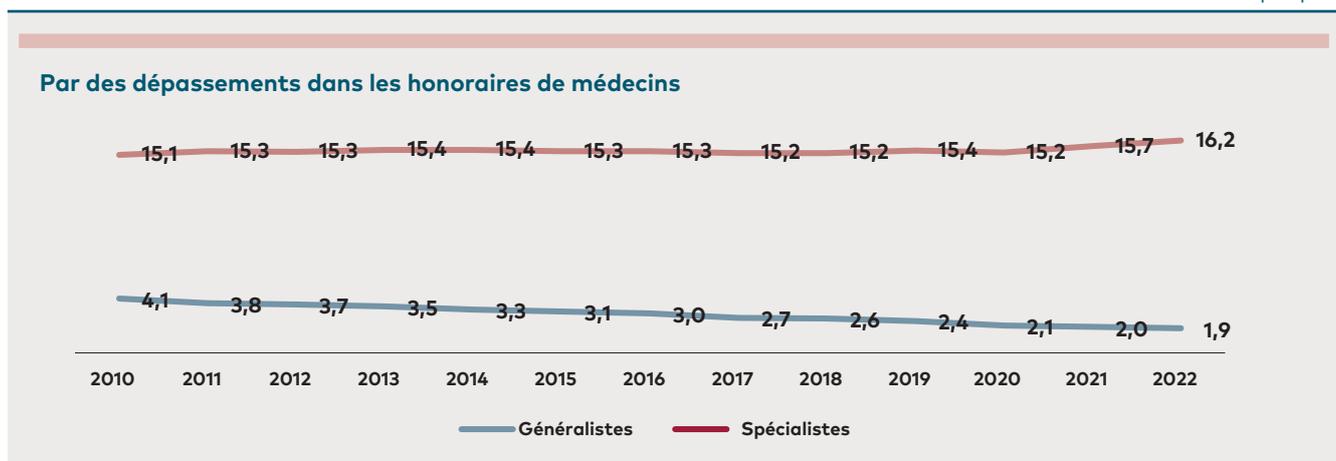
Inversement, pour les spécialistes, la part des dépassements a légèrement augmenté, en particulier ces trois dernières années, reflet de la hausse des charges et de baisses tarifaires pour certaines spécialités. C'est en raison de la hausse du nombre de spécialistes en secteur 2 que les dépassements augmentent, le pourcentage passant de 42 % à 53 % des médecins sur la période (Graphique 5).

COMPARAISONS INTERNATIONALES

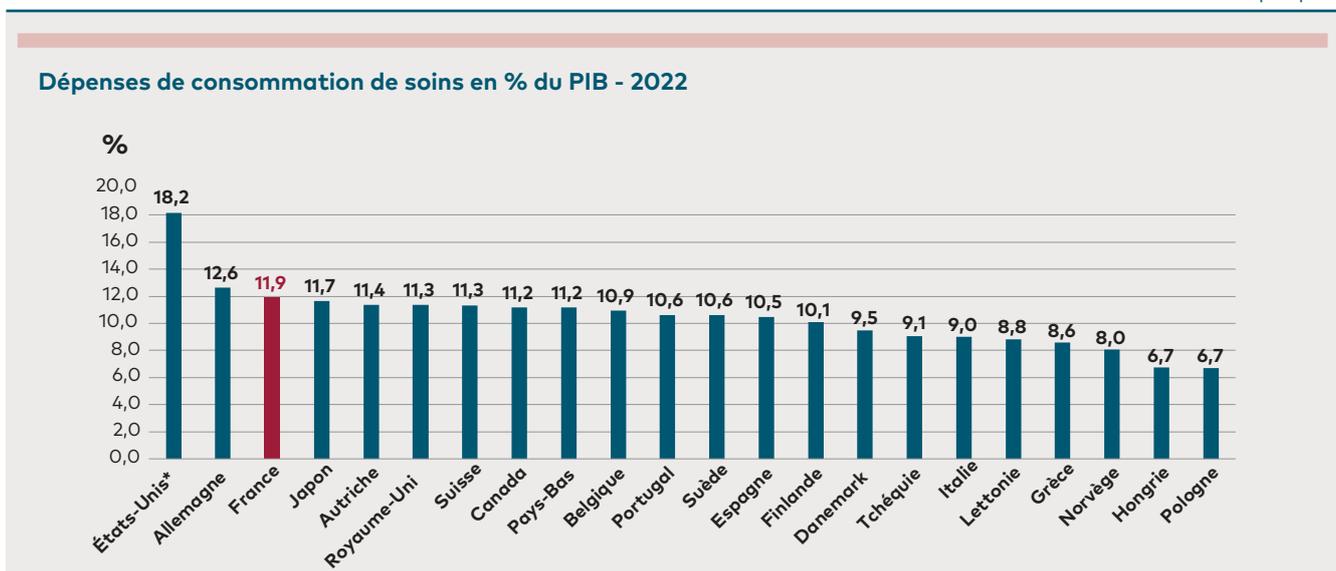
Dans le monde, ce sont les Etats-Unis qui consacrent la part du PIB la plus importante à la dépense de santé avec 18,2 %. Le deuxième pays est l'Allemagne avec 12,6%. La France consacre 11,9 % de son PIB. La moyenne des pays de l'Union européenne s'établit à 11 % (Graphique 6). ●

⁵ Type ROSP

Graphique 5



Graphique 6



Assurance Maladie : La lutte contre les fraudes



La lutte contre les fraudes fait partie des objectifs que se fixe l'Assurance Maladie. Elle y est d'ailleurs contrainte par les lois de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui chaque année consacrent un ou plusieurs articles à cette action.

Sur une période de 10 ans, depuis 2012, le montant des fraudes détectées a plus que doublé de 150 M€ à 316 M€ (Graphique 1) progressant continuellement sauf pendant la crise du Covid. Forte de ces résultats, la CNAM relève ses objectifs et prévoit de détecter et stopper la fraude pour 380 M€ en 2023 et 500 M€ en 2024.

Fraudes

Hausse de 50 %

STRATÉGIE ANTI-FRAUDES

Les montants élevés de fraudes repérés le sont par la nouvelle stratégie anti-fraudes mise en place en 2022. Cette stratégie comprend le renforcement de campagnes de contrôles précoces, des contrôles systématiques pour certains acteurs identifiés comme "à risque", et le durcissement des sanctions. Il faut également signaler le démantèlement de centres de santé qui pratiquent un nouveau type de fraude.

LES SANCTIONS

Une des priorités de l'Assurance Maladie est de sanctionner plus rapidement et plus fortement les fraudeurs. Pour cela, elle dispose d'un outil qui est le déconventionnement immédiat des centres de santé

LES PÉNALITÉS FINANCIÈRES AUGMENTÉES

- Le montant maximum est porté à 300 % du préjudice et à huit fois le plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 29 328 €.
- Une majoration de 10% du montant indument versé. Cette mesure permet de facturer des frais de gestion de dossiers aux fraudeurs en plus des indus notifiés.

Graphique 1



CYBER-ENQUÊTEURS

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 accorde aux agents de la CNAM spécialisés dans la lutte contre les fraudes des prérogatives en matière de cyber-enquêtes.

D'ici 2024, 60 agents cyber-enquêteurs seront opérationnels.

Ils auront vocation à lutter contre les fraudes numériques et contre les fraudeurs qui opèrent à travers les réseaux sociaux.

→ frauduleux accompagné par des procédures contentieuses au pénal ou devant l'Ordre des médecins.

LES PROGRAMMES DE CONTRÔLE

Les programmes de contrôle ciblent particulièrement les acteurs dont les dépenses ou les prescriptions sont hors normes. Les centres de santé constituent une autre cible. Ceux dont les coûts facturés par patient dépassent largement ceux des cabinets de professionnels de santé libéraux font l'objet d'un suivi particulier. Ainsi, fin août 2023, un réseau de 13 centres de santé répartis dans dix départements a été déconventionné pour une durée de 5 ans. Les 13 centres ont depuis fermé. D'autres actions sont annoncées.

Pour les centres de santé, le déconventionnement suit une procédure simplifiée pour être appliqué rapidement. Dans ce cas, l'Assurance Maladie ne rembourse plus qu'au tarif "d'autorité" soit, par exemple, 1,22€ au lieu de 30€ pour une consultation d'ophtalmologie. La fraude aux audioprothèses représenterait un préjudice de plusieurs dizaines de millions d'euros ce qui pousse l'Assurance Maladie à renforcer ses actions dans ce domaine.

L'ORIGINE DES FRAUDES

Les fraudes repérées sont de nature très diverse : facturation de soins fictifs, trafic de médicaments, déclaration frauduleuse de ressources, falsification d'arrêt de travail.

EN VILLE, LES PRINCIPALES FRAUDES SONT :

- LES ACTES FICTIFS
- LES SURFACTURATIONS

En nombre de fraudes, les premiers acteurs sont les assurés pour plus de la moitié des fraudes réalisées (56%). Les établissements représentent 25% des fraudes détectées et les offreurs de soins et de services 18% (Graphique 2).

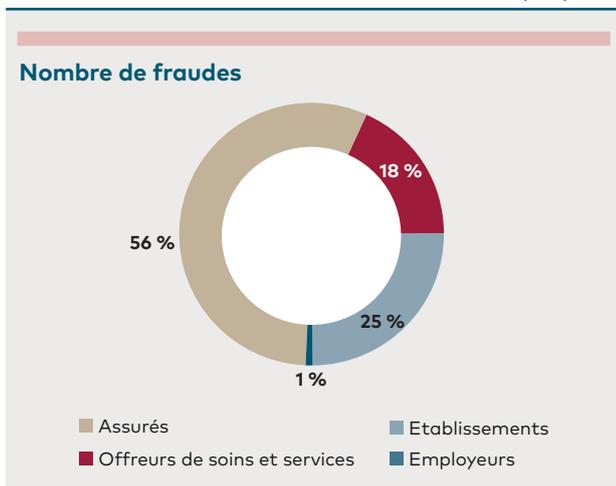
Les offreurs de soins deviennent les premiers acteurs en montants fraudés (68%). La part des assurés étant de 21% et celle des établissements de 10% (Graphique 3).

LES ACTIONS CONTENTIEUSES

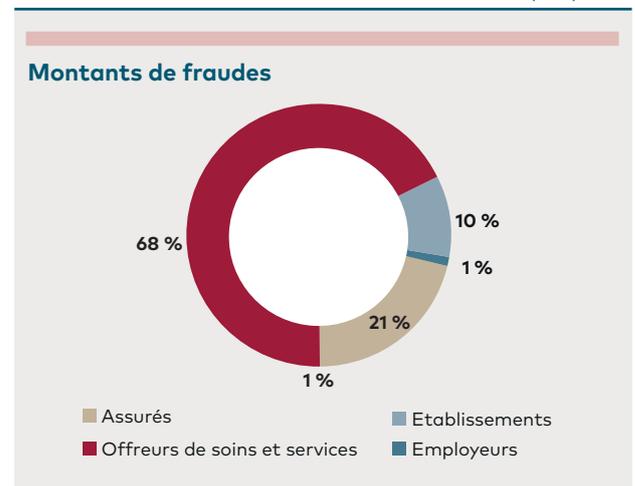
L'Assurance Maladie utilise, pratiquement à égalité, trois types d'actions contentieuses : les avertissements (34%), la saisie de la justice (33%) et les pénalités financières (30%) (Graphique 4).

Le nombre d'actions a augmenté de 11% en 2022 avec 3 020 avertissements, 2 944 plaintes pénales ou signalement à l'Ordre et 2 648 pénalités financières pour 16 millions d'euros.

Graphique 2



Graphique 3





FACTURATION DES FRAIS DE SANTÉ DE VILLE

Sur les 147 M€ de préjudices stoppés au 1^{er} semestre 2023, plus des deux-tiers portent sur des frais de santé réalisés en ville (consultations, actes, remboursements de soins et de médicaments, etc.) facturés à tort (Tableau 1). Ces fraudes prennent principalement deux formes : les actes fictifs et la surfacturation.

Il est à noter, qu'à partir de 2024, les assurés pourront signaler des actes fictifs ou des surfacturations par le biais de leur compte Ameli.

ÉVALUER ET ANTICIPER

Depuis 2020, l'Assurance Maladie a développé un programme statistique lui permettant d'affiner sa stratégie anti-fraudes. Ce programme évalue les principaux postes de dépenses en fonction des résultats de contrôle pour chaque catégorie de professionnels de santé.

Les premières évaluations ont porté sur les masso-kinésithérapeutes, les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes. Ils se poursuivent pour les fournisseurs de produits et dispositifs médicaux, les laboratoires, les rentes accidents du travail – maladies professionnelles, les pensions d'invalidité et les établissements.

Pour les médecins spécialistes, les principales sources de fraudes sont le non-respect de la nomenclature ou de la réglementation et les prestations fictives.

Il est important de souligner que le résultat de ces évaluations est que les fraudes, même si leur montant est élevé, restent très marginales, concentrées sur certains acteurs du système de santé. ■

Graphique 4

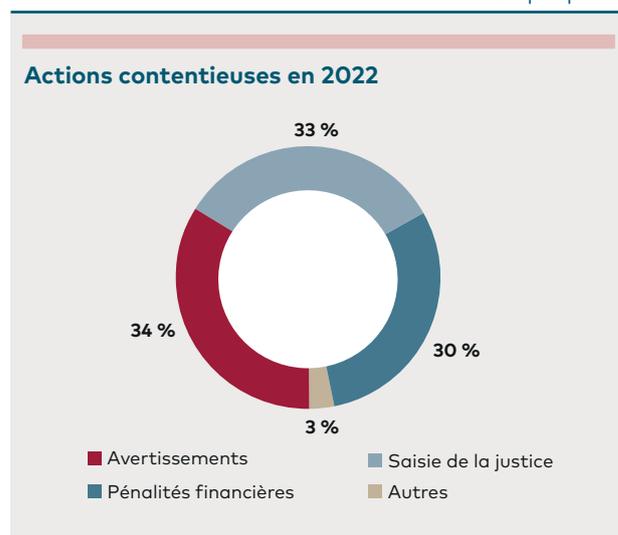


Tableau 1

Montant du préjudice financier par catégorie d'acteurs (M€)			
	1 ^{er} semestre 2022	1 ^{er} semestre 2023	Évolution 2022/203
Assurés	271 M€	39,2 M€	+ 45 %
Professionnels de santé	86,1 M€	102,4 M€	+ 19 %
Établissements	5,8 M€	13,9 M€	+ 138 %
Total	111,7 M€	146,6 M€	+ 31 %

Produits de contraste

1^{er} mars 2024 confirmé

Faute de pouvoir réunir une majorité à l'Assemblée nationale sur son projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), la Première Ministre Elisabeth Borne a engagé la responsabilité du Gouvernement en recourant à l'article 49-3¹ de la Constitution. Avec le recours à cet article, le gouvernement détermine seul le texte (articles et amendements) qui sera retenu.

LES PRODUITS DE CONTRASTE

Pour ce qui concerne les radiologues, le Gouvernement a retenu un amendement de la rapporteure du budget, Stéphanie Rist (Ensemble), qui reporte la date initialement prévue du 1^{er} juillet 2023 dans la LFSS 2023 pour l'intégration des produits de contraste dans les forfaits techniques, au 1^{er} mars 2024. Cet amendement devient l'article 26 quater.

La motion de censure déposée par la LFI n'ayant pas obtenu la majorité, le PLFSS est considéré comme adopté en première lecture avant de passer au Sénat.

LA DISCUSSION AU SÉNAT

Au Sénat, la rapporteure pour l'assurance maladie, Corinne Imbert (LR), a présenté un amendement qui supprime purement et simplement l'article 26 quater. Dans les motivations, la rapporteure explique que, par cet article, le Gouvernement vise à prolonger une autorisation légale donnée aux ministres pour définir par arrêté les forfaits techniques compensant les frais d'équipement des médecins radiologues, dans le cadre de l'intégration des produits de contraste dans les forfaits techniques. Elle considère que le Gouvernement fait un usage étonnant de son pouvoir réglementaire en prenant un premier arrêté d'application de la mesure pour l'abroger quelques mois plus tard et en ne justifiant pas ce report.

Corinne Imbert, pharmacienne de profession, oublie que ce report de date est dû à l'impossibilité pour les hôpitaux de passer, dans les délais initialement prévus, les nouveaux appels d'offres pour les produits de contraste. A la demande du Gouvernement, l'amendement a été retiré.

De son côté, le Gouvernement a déposé un amendement prévoyant la création d'un supplément facturable par les spécialités utilisant des produits de contraste et non éligibles à la facturation des forfaits techniques. Pour le Gouvernement, l'amendement permet de revaloriser les actes associés à l'utilisation des produits de contraste pour lesquels il n'existe pas

de forfait technique. Cela permettra de compenser pour les professionnels concernés (principalement les rhumatologues) le coût lié à l'acquisition des produits de contraste.

Rappelons que pour les radiologues l'intégration des produits de contraste uniquement pour le scanner et l'IRM se fera à partir du 1^{er} mars 2024. En compensation, les forfaits techniques seront revalorisés à cette même date.

Après l'examen par le Sénat, le PLFSS sera examiné au sein de la commission mixte paritaire le 21 novembre avant de revenir devant l'Assemblée nationale le 22 novembre où il sera très vraisemblablement adopté par un nouveau recours au 49-3. ■

AMENDEMENT PRÉSENTÉ PAR MME RIST



.../... la date : « 1^{er} juillet 2023 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2024 »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Compte tenu des contraintes opérationnelles qui ont été identifiées lors des échanges avec les radiologues, les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques, il a été décidé de reporter la mise en œuvre au 1^{er} mars 2024. Le présent amendement met en œuvre ce report.

¹ Constitution du 4 octobre 1958 – Article 49.3

Le Premier ministre peut, après délibération du Conseil des ministres, engager la responsabilité du Gouvernement devant l'Assemblée nationale sur le vote d'un texte. Dans ce cas, ce texte est considéré comme adopté, sauf si une motion de censure, déposée dans les vingt-quatre heures qui suivent, est votée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Nous sommes tous aussi vétérinaires

Le CNOM acte les décisions du Conseil d'Etat



Dr Philippe COQUEL
Secrétaire général
adjoint de la FNMR

Le Conseil d'État a rendu le 10 juillet 2023 des décisions très importantes confirmant la radiation de quatre sociétés de vétérinaires. Dans ses conclusions, il ouvrait la porte à l'application de ces décisions au-delà des vétérinaires ce qu'avaient souligné plusieurs avocats.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son Bulletin de l'Ordre des médecins n° 87 de septembre-octobre 2023 paru le mardi 24 octobre 2023 reprend ces décisions et confirme qu' *Un certain nombre de dossiers portés à la connaissance de l'Ordre des médecins contiennent des dispositions similaires ou qui sont de même nature. Nous vous assurons que l'Ordre s'en saisit pour prendre les décisions qui s'imposent.*

1. INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

L'indépendance professionnelle est au cœur de l'exercice vétérinaire et médical.

Cette valeur sociale supérieure, protégée par la loi du 31 décembre 1990, est retrouvée au niveau européen puisque la Cour de justice de l'union européenne a jugé que des entorses au droit de l'union européenne sur la libre circulation des capitaux pouvaient être justifiées pour respecter l'indépendance professionnelle notamment dans le domaine de la santé publique. De même, la Cour de Cassation a jugé que les règles concernant la composition du capital social inscrites dans la loi du 31 décembre 1990 constituaient des exigences impérieuses relevant de l'ordre public économique.

L'indépendance professionnelle est inscrite dans les mêmes termes dans le code rural et de la pêche maritime et dans le code de la santé publique.

a) Le médecin /vétérinaire ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit »

- article R4127-5 du code de la santé publique
- alinéa II de l'article R242-33 du code rural et de la pêche maritime ;

b) Interdiction que des contrats puissent prévoir des dispositions « susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle »

- article L4113-9 du code de la santé publique
- article L. 241-17 du code rural et de la pêche maritime ;

c) « ...le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux... »

- article L162-2 du code de la Sécurité sociale

2. QUE NOUS DIT LE CONSEIL D'ÉTAT ?

a) Refus d'inscription et radiation d'une société

Un conseil d'ordre professionnel peut refuser d'inscrire ou radier une société :

*si ces **statuts**, ou le cas échéant, **des accords passés entre les associés** ou des **engagements contractés par la société avec des tiers**, sont susceptibles de conduire les vétérinaires qui y exercent à méconnaître les règles de la profession, notamment en portant atteinte à leur indépendance professionnelle.*

Ainsi, les conseils d'ordre professionnel doivent vérifier les statuts mais également les accords entre associés (pactes d'associés, contrats d'exercice, règlements intérieurs, etc.) et les engagements de la société avec les tiers (convention de mise à disposition, contrats de prestation de service, etc.). Ces documents doivent être transmis lors de l'inscription mais également au cours de la vie de la société dès qu'il y a modification. L'indépendance professionnelle doit donc être appréciée sur une analyse croisée de l'ensemble des documents et pas seulement sur les statuts.

b) Contrôle effectif de la société

*« Tel est le cas lorsque les statuts de la société et les éventuels pactes d'associés, alors même qu'ils prévoient formellement que les vétérinaires associés disposent de la majorité du capital et des droits de vote, comportent des stipulations privant d'effets les garanties prévues par les dispositions du 1° du II de l'article L. 241-17 du code rural et de la pêche maritime, lesquelles, en exigeant la détention de la moitié du capital et des droits de vote par les vétérinaires associés exerçant dans la société, **imposent que ces derniers contrôlent effectivement la société** »*

- Le conseil d'État considère que la perte du contrôle effectif de la société conduit à la perte de l'indépendance professionnelle.

Le contrôle effectif englobe le contrôle général de la société qu'il s'agisse de l'activité d'exercice (organisation de l'activité médicale, liberté des prescriptions, des actes professionnels, etc.) mais aussi de toutes les autres composantes dans le respect des droits de détention du capital et des droits de vote prévus par les textes.

La haute juridiction propose d'utiliser la technique dite du faisceau d'indices pour vérifier s'il y a atteinte à l'indépendance professionnelle.

Le Conseil d'État en cite quelques-uns mais ceci est loin d'être exhaustif, le champ d'action des actions de préférence octroyant à ces titres des droits différents de ceux des actions ordinaires étant pratiquement illimité. Beaucoup sont retrouvés dans des montages financiers en radiologie comme le souligne le CNOM.

La lecture des statuts des divers groupes sur le site [pappers \(www.pappers.fr\)](http://www.pappers.fr) permet déjà à chacun de faire une première approche sur la gouvernance effective, l'imbrication des dispositifs et la nature des investisseurs.

Pacte d'actionnaire : Vote favorable pour toute proposition d'affectation des sommes distribuables supérieures à un certain montant.

Pacte d'associés : Aucune décision ne peut être prise sans l'investisseur minoritaire en capital et droits de vote.

Comité de surveillance imposant son accord au président de la société sur l'ordre du jour et le texte des résolutions des assemblées générales et pouvant révoquer le président de la société.

Non-exerçant obligatoirement présent à l'AG pour délibération valable.

Promesse unilatérale de vente au profit de l'associé non-exerçant avec faculté de substitution.

Conseil d'administration dont la majorité des membres est proposée par le non professionnel et ayant compétence pour des décisions structurantes pour l'avenir de la société.

Détention de 99 % des droits financiers au profit de l'associé non exerçant.

Le dernier exemple est un sujet souvent abordé sur lequel les avis juridiques divergent. Pour certains juristes, cette détention de 99 % est contraire à la loi du 31 décembre 1990.

Pour le Conseil d'État, la détention des droits financiers n'est pas en soi contraire à l'indépendance des professionnels. Il considère que la détention de 99 % des droits financiers est un des critères de détermination de la perte du contrôle effectif par les professionnels en exercice mais pas suffisant à lui seul, devant être associé à d'autres facteurs pour être sanctionné.

3. ORDONNANCE N° 2023-77 DU 8 FÉVRIER 2023 RELATIVE À L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES

Nous sommes à ce jour dans l'attente des décrets d'application qui seront essentiels. Le rôle et la volonté des ordres des professions de santé de s'impliquer plus ou moins dans le contrôle des conditions d'exercice au sein des sociétés d'exercice libéral (SEL) seront détermi-

nants. Actuellement, il existe des doctrines différentes d'un ordre professionnel à un autre, et au sein d'une même profession, d'un ordre départemental à un autre avec des avis favorables ou défavorables sur des statuts, des règlements intérieurs, des conventions entre associés ou avec des tiers, selon les départements. L'obligation de transmettre au conseil national permettra d'optimiser l'analyse des documents souvent extrêmement complexes et d'homogénéiser les décisions.

Dès le 1^{er} septembre 2024, il y a obligation d'une manière générale et opposable à tous d'une communication minimum une fois par an par la société à l'ordre professionnel dont elle relève :

- un état de la composition de son capital social et des droits de vote afférents,
- une version à jour de ses statuts,
- les conventions contenant des clauses portant sur l'organisation et les pouvoirs des organes de direction, d'administration ou de surveillance ayant fait l'objet d'une modification au cours de l'exercice écoulé.

L'ordonnance instaure des règles plus précises en matière de gouvernance afin de s'assurer que cette dernière sera principalement aux mains des « exerçants ». D'autres décisions du Conseil d'État sont attendues qui devraient permettre de préciser les mécanismes devant être considérés comme limitant l'indépendance des professionnels exerçants.

Les prises de positions récentes du CNOM montrent une volonté de garantir la liberté professionnelle en s'appuyant sur les décisions du Conseil d'État et un cadre réglementaire et juridique plus précis ce dont nous ne pouvons que nous réjouir. ■

BIBLIOGRAPHIE :

1. Conseil d'État 4^{ème} et 1^{ère} chambre réunies 10 juillet 2013 - n° 442911 www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000047811496?isSuggest=true
2. Conseil d'État 4^{ème} et 1^{ère} chambre réunies 10 juillet 2013- n° 442448 www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000047811501?isSuggest=true
3. Dr Elisabeth Gormand, Francisco Jornet Bulletin de l'Ordre des médecins n° 87 de septembre-octobre 2023. Financiarisation de la médecine
4. Mercure avocats - Décisions du 10 juillet 2023 du Conseil d'État concernant des sociétés vétérinaires www.mercure-avocats.com/en/news/news-detail/decisions-du-10-juillet-2023-du-conseil-detat-concernant-des-societes-veterinaires
5. Maitres Jean Louis Briot, Gaëlle Moulin, Kevin Berodier L'indépendance des professionnels libéraux face aux enjeux de la financiarisation : la prise de position du Conseil d'État Le Médecin Radiologue Libéral # 471 Novembre 2023
6. Vincent Guillot Triller - Radiations de société vétérinaires par le Conseil d'État : un guide de vérification de l'indépendance transposables aux médecins ?
7. Pr Jean Pierre Viennois, avocat - Quelques préoccupations juridiques soulevées par certains montages de reprises des centres d'imagerie par des investisseurs non médecins - Le Médecin Radiologue libéral # 471 Novembre 2023

La formation des Personnes Compétentes en Radioprotection : une formation hors du commun !



Thomas LEMOINE
Ingénieur en radioprotection

La formation des Personnes Compétentes en Radioprotection n'est pas, à l'évidence, une formation comme les autres ! Découvrez le point de vue d'un organisme qui la dispense.

La formation des Personnes Compétentes en Radioprotection (PCR) se démarque nettement des autres formations. En raison de ses missions spécifiques qui exigent de s'appuyer sur des connaissances scientifiques et théoriques, et de requérir des compétences en gestion, cette formation est véritablement à part.

→ Comment la formation PCR est-elle cadrée ?



Prenons l'exemple de FORCOMED : FORCOMED a notamment pour objectif de proposer des formations

PCR aux radiologues, manipulateurs radio, cadres de santé, physiciens médicaux, dosimétristes, et ce, pour toutes les modalités d'imagerie médicale, allant de la radiographie mobile peu exposante, aux scanners et à la radiologie interventionnelle, pour les modalités les plus exposantes, ainsi qu'aux accélérateurs de radiothérapie.

Pour ce faire, FORCOMED entre dans un processus de certification auprès d'un organisme accrédité, le CEFRI. Cet organisme certificateur est expert dans l'évaluation des critères cités précédemment et publiés dans l'arrêté du 18 décembre 2019, pour que FORCOMED devienne officiellement un organisme de formation de PCR.

→ Quelles sont les exigences à l'encontre des organismes de formation ?

Dans notre exemple, FORCOMED doit prouver sa conformité aux exigences suivantes :

- Une organisation interne solide : FORCOMED doit disposer de personnels compétents et expérimentés,



mettre en place un système de gestion de la qualité et démontrer sa capacité à l'exploiter. Il doit également offrir une plateforme d'échange avec les participants et gérer efficacement les inscriptions.

- Des moyens pédagogiques adéquats : FORCOMED doit mettre à disposition des salles confortables, du matériel informatique, des supports de formation, des équipements de démonstration, ainsi que des outils de mesure des rayonnements ionisants.
- Des méthodes pédagogiques adaptées : Les cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques, simulateurs de sources et quiz interactifs proposés par FORCOMED doivent être en adéquation avec les besoins des apprenants et les thèmes abordés.

D'autres critères sont bien entendu requis par les organismes certificateurs.

→ Un organisme de formation PCR conserve-t-il sa certification indéfiniment ?

Non, l'organisme de formation doit prouver chaque année son activité et maintenir son efficacité. Un auditeur se rend sur place pour évaluer l'organisme de formation. FORCOMED est soumis à une vérification annuelle et doit renouveler sa certification tous les 5 ans. En outre, des audits sur site sont réalisés →

→ par l'organisme certificateur pendant cette période. L'auditeur assiste aux travaux dirigés et aux travaux pratiques en salle de radiologie.

L'organisme certificateur peut formuler des remarques, des suggestions d'amélioration, voire, si nécessaire, des non-conformités au regard des exigences de l'arrêté du 18 décembre 2019.

En fin de compte, ces exigences sont semblables à celles imposées aux PCR formées, qui doivent également renouveler leur certification tous les 5 ans, après avoir démontré le maintien de leurs connaissances et compétences au travers d'épreuves de validation. Les PCR déjà formées se reconnaîtront dans ce processus, ce qui signifie que les organismes formateurs de PCR et les PCR eux-mêmes sont soumis aux mêmes standards de qualité !

→ Au terme de cet article, peut-on affirmer que FORCOMED est certifié pour dispenser des formations PCR ?

Oui, absolument !

Lors de son dernier cycle de certification, FORCOMED a été félicité pour son excellente performance.

FORCOMED propose des formations PCR de niveau 2 dans le secteur médical. Les professionnels titulaires d'au moins un baccalauréat scientifique peuvent s'inscrire à une formation initiale de PCR ou à un renouvellement (tous les 5 ans). Les dates sont disponibles dans le catalogue de FORCOMED.

De plus, FORCOMED organise des formations PCR depuis 1997. À ce jour, FORCOMED a formé 1788 PCR lors de leur certification initiale et a renouvelé 1011 PCR. Le taux de satisfaction atteint 96,5 %. Les participants mettent en avant une ambiance de travail sérieuse et détendue, de nombreux exemples pratiques adaptés à leurs activités, la disponibilité et la compétence des formateurs ainsi que l'accès aux salles de radiologie.

Vos missions de PCR sont cruciales, choisissez un organisme de formation PCR reconnu à l'échelle nationale, ayant fait ses preuves depuis de nombreuses années, et dont les participants apprécient les enseignements pratiques et concrets, bénéfiques pour l'exécution de leurs tâches en tant que PCR !

Petites annonces

Remplacements / Associations

N° 11017

78 - YVELINES

Cherche associé(e)s, profils recherchés : imagerie ostéoarticulaire, imagerie cardiaque. Groupe dynamique et en développement, 14 radiologues sur 4 sites, pyramide des âges équilibrée avec 5 associés de moins de 40 ans. Cabinets équipés en tables numérisées et mammographes avec tomosynthèse, 3 IRM, 2 TDM, Installation en 2024 de 2 nouvelles IRM.

✉ imagerieboisdarcy@yahoo.fr

☎ 01 34 60 67 86

🌐 <https://imagerie78.com>

N° 11016

13 - MARSEILLE

Cherche nouveaux radiologues libéraux ayant des compétences dans un ou plusieurs des domaines suivants : radio

interventionnelle, imagerie cardiaque, imagerie urologique, imagerie ORL.

👤 Dr Philippe SOUTEYRAND

✉ p.souteyrand@hopital-europeen.fr

👤 Dr Frédéric COHEN

✉ f.cohen@hopital-europeen.fr

N° 11015

85 - LES SABLES-D'OLONNE

Groupe 4 associés, 1 collaborateur, 1 radiologue en attente d'association. Cherche associé(e)s/collaborateur(trice)s/remplaçant(e)s. temps partiel ou temps complet sur un seul site au sein d'un pôle de santé : radio; cone beam; écho; mammo; ostéo) plateau technique d'imagerie en coupe en GIE (1 scanner Philips ;1 IRM Siemens). Nouveaux équipements en 2024 (1 scanner/1 IRM).

👤 Dr Benoit LOISEAU

✉ bloiseau@me.com

N° 11014

30 - NIMES

Groupe indépendant 8 radiologues, cherche associé(e) en raison d'un départ à la retraite. Modalités d'installation souples, temps libre important. Téléradiologie interne et externe en cours de développement.

👤 Dr Fabrice TURPIN

✉ fabrice_turpin@yahoo.fr

N°11013

35 - SAINT-MALO

Cherche associé(e). 18 radiologues, 4 cabinets ville, un service séno et un en clinique, vacations régulières en téléradio. Plateau technique : 2 scanners, 3 IRM (1,5 et 3 t) ; pacs Telemis, ris gxd5. Activités variées : généralistes ou spécialisation d'organe, sénologie, ostéoarticulaire, interventionnel, oncologie, etc.

👤 Dr Jérôme POIRIER

☎ 06 31 95 02 82

✉ drjepoirier@gmail.com

🌐 <https://imagerielescedres.fr>

N°11012

59 - GRANDE-SYNTHÉ

Cherche radiologue en CDI (temps plein ou temps partiel). 5 radiologues, 6 manip et pool secrétariat médical.



**CENTRE MELUNAIS
D'IMAGERIE MÉDICALE**

77

Co-gérant de la SELARL cmim de melun étudie toute proposition de rachat du groupe.

Contact : radiolemiere@gmail.com

Formation de la Personne Compétente en Radioprotection (PCR)



RADIOLOGUE,
MANIPULATEUR,
DOSIMÉTRISTE,
PHYSICIEN MÉDICAL



ENSEIGNEMENT EN PRÉSENTIEL



RENOUVELLEMENT : 3 JOURS
FORMATION INITIALE : 8 JOURS



Renouvellement : 1500 €
(adhérent FNMR : 1250 €)
Formation initiale : 3200 €
(adhérent FNMR : 2790 €)



OPCO

Prise en charge OPCO
pour les salariés du libéral

DATES DES FORMATIONS EN 2024

Renouveler votre certificat PCR :

Le certificat est valable 5 et à renouveler dans la 4^{ème} année. 2 sessions de 3 jours sont proposées au choix, en juin ou en septembre (24-25-26 juin ou 09-10-11 septembre).

Formation initiale de la PCR :

L'action se déroule en étapes à suivre du 18 au 20 novembre puis du 9 au 13 décembre.

POURQUOI FAIRE LE CHOIX DE FORMER VOS PCR AVEC FORCOMED ?

Que ce soit pour maintenir un savoir-faire déjà en place en radioprotection ou encore développer une activité avec de nouvelles installations, en formant vos PCR avec Forcomed, **vous renforcez la maîtrise de votre outil de travail et l'autonomie de votre groupe**. Votre stratégie de développement de l'assurance Qualité ou d'une labellisation sur le moyen à long terme, militent aussi pour le choix de Forcomed.

Nombre de PCR formés depuis la création de l'enseignement : 2 799

- Taux de validation : 100 %
- Taux de satisfaction : 96 %

FORMATEURS :

M. Thomas LEMOINE,
ingénieur en radioprotection

M. Sébastien BALDUYCK
Ingénieur en radioprotection



Certification N° 026 OF R



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Remplacements / Associations

→ Activités : radio conventionnelle, mammo, écho (sauf obstétrique), densitométrie osseuse, cone beam, scanner, IRM 1.5 T (à partir de janv 2024).

👤 Cécile GOZE – Direction

☎ 03 28 58 60 15

✉ direction@pg-s.com

👤 Alex GROUX

Resp. service d'imagerie médicale

☎ 03 28 58 60 49 – alex.groux@pg-s.com

🌐 www.polyclinique-grande-synthe.com

N°11011

13 – MARSEILLE

Cède cabinet, cause retraite. Radiologie générale (table numérisée Siemens Luminos), salle OS avec statif pour téléradio rachis et membres inférieurs à 4 mètres, mammographe Siemens Inspiration numérique, 2 salles d'échographie Siemens Sequoia. Accès imagerie en coupes.

☎ 06 85 32 76 23 ou 06 62 77 11 45

N°11008

75 – PARIS 18

Cède cabinet de radiologie.

👤 M. Thierry ZERBIB

☎ 06 63 19 13 29 – ✉ t.zerbib@orange.fr

N°11006

62 – SALLAUMINES (près de Lens)

Mono site, recherche remplaçant(e) spécialisé(e) en sénologie, horaires adaptés au choix du médecin. 11 salariés et 3 médecins temps partiels spécialisés en radio standard et dentaire, échographie, scanner et gestes infiltratifs,

👤 Mme Sandrine RIOU

✉ contact@radiologieartemis.fr

N°11005

75 – PARIS 19

Recherche en vue d'association, ACCA secteur 2. 1 site avec table radio capteur plan, mammographe capteur plan, 4 échographes, cône beam, ostéodensitomètre, scanner et IRM. Ouverture à proximité d'un second cabinet (scanner et IRM) en juillet prochain. Exercice polyvalent avec activité spécialisée souhaitée. 7 vacances par semaine.

✉ julien.lambbron@gmail.com

N° 11004

52 – CHAUMONT

Cabinet de radiologie, SELARL 4 radiologues, recherche remplaçant(e) en vue d'association. Cabinet indépen-

**Mettez
en avant vos petites
annonces dans
un encart dédié**

• En tête + 2 lignes + contact :
90 € TTC

• En tête + 5 lignes + contact :
150 € TTC

dant, au sein d'une clinique. Mammo avec tomosynthèse/mammotome, 4 écho, cône beam, 2 salles de radio, ostéo. Large accès scanner et IRM (GIE 50% avec l'hôpital à 50m). Scanner Siemens août 2022 et Irm Siemens août 2021. Activité en pleine croissance, variée et polyvalente. Pas de garde ni d'astreinte.

👤 Sabrina BADINA

✉ mf.radiologie.cmc@wanadoo.fr

N° 11003

97 MARTINIQUE – FORT-DE-FRANCE

SELARL 6 radiologues cherche remplaçant(e)/associé(e). Cabinet privé dans clinique, activité variée (2 tables de radio, 2 salles d'écho, 1 mammo, 1 salle vasculaire, 1 scan et 2 IRM). Avion et hébergement pris en charge. Minimum 2 semaines de remplacement requis.

✉ poline.lavaud@radiosaintpaul.fr

🌐 www.radiologie-saint-paul.fr

N° 11002

71 – GUEGNON

Groupe 3 radiologues, projet de regroupement avec groupe de 5 radiologues. 3 cabinets. Recherche associé(e) pour éviter financiarisation. 3 IRM en GIE, 2 scanners. Pas de garde.

👤 Dr Pierre SOUSSAND

☎ 06 78 00 79 72

✉ pierre.soussand@wanadoo.fr

N° 10990

51/52/55 – CHALONS-EN-CHAMPAGNE, VITRY-LE-FRANCOIS, SAINT-DIZIER, BAR-LE-DUC, VERDUN, LANGRES

21 radiologues et 1 médecin vasculaire. Recherche associé(e)s ou remplaçant(e)s (idéalement ACCA), Secteur 2. Très large accès à l'imagerie en coupe (18 scanners et IRM). Plateau technique de dernière technologie (conventionnelle et imagerie en coupe). Large implantation dans les hôpitaux publics.

Delta Imagerie médicale

👤 Isabelle FETTIG

☎ 03 25 56 97 77

✉ ifettig@delta-imagerie.com

👤 Cédric BAILLY

☎ 03 25 56 97 76

✉ cbailly@delta-imagerie.com

👤 Dr Jean-Charles LECLERC

☎ 06 08 95 65 85

✉ jeancharles.leclerc@cegetel.net

N°10983

11 – CARCASSONNE

Tivoli Dôme Imagerie 12 radiologues, recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s. Multisites dont 3 scanners et 3 IRM (GIE avec CHG). Activité polyvalente dont mammographie et radiologie interventionnelle sur mammotome et table arceau en clinique MCO.

👤 Dr C SABRA

☎ 04 68 25 58 90

✉ sabrachadi@yahoo.fr

Directrice administrative

👤 Mme FOULQUIER

✉ f.foulquier@radiologie-tdi.fr

🌐 www.radiologie-tdi.fr

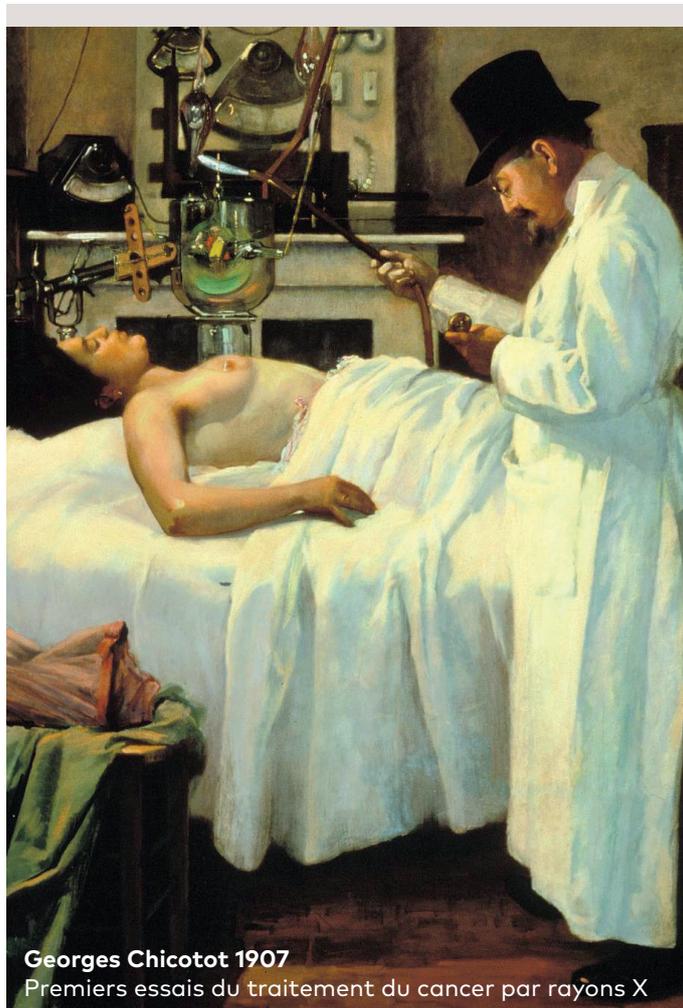
**Vous pouvez consulter
les annonces sur le site Internet de la FNMR :**

www.fnmr.org

Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.

De la peinture aux rayons X

Georges Chicotot



Georges Chicotot 1907
Premiers essais du traitement du cancer par rayons X

Aussi à l'aise avec un pinceau qu'avec les rayons X, Georges Chicotot a uni ses deux passions. Étudiant aux Beaux-arts de Paris il apprécie l'anatomie ce qui le conduit à entrer à la Faculté de médecine dont il est diplômé en 1899.

Röntgen découvre les rayons X en 1895, Chicotot se dirige vers la radiologie. D'abord à l'hôpital Trousseau, il devient chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Broca. Il continue de peindre et porte sur la toile les progrès de la médecine de son temps. En 1907, il réalise « *Premiers essais du traitement du cancer par les rayons X* ».

Ce tableau donne de précieuses informations sur les débuts de la radiologie. Le médecin est debout face à la patiente allongée, les deux protagonistes (blouse et draps) sont « nimbés » de blanc mettant ainsi en évidence les différents matériels nécessaires à « l'opération radiologique » (ampoule radiogène dans un tube de Crookes, voyants de contrôle, chalumeau à gaz).

Notons aussi, la présence du chapeau haut de forme, attribut de sa qualité de patron et l'absence de toute protection. Comme nombre de radiologues de cette époque exposés aux rayons X, il meurt de radiodermite en 1937. ■



168, rue de Grenelle
75007 Paris
☎ 01 53 59 34 00



fnmr.org