

I M A G I N G

M a n a g e m e n t

Édition française

Promotion du management
et leadership en imagerie

En collaboration
avec la Société
Française
de Radiologie



RADIOLOGIE • CARDIOLOGIE • INTERVENTION • CHIRURGIE • IT • MANAGEMENT • EUROPE • ÉCONOMIE • TENDANCES • TECHNOLOGIE

COOPÉRATION PUBLIC-PRIVÉ



PLUS :

Redonner du sens à notre mission de soignant

Optimiser la dose d'irradiation en TDM

La radiologie au Canada



Journées Françaises de Radiologie



THEMES A L'HONNEUR

- ✓ **Bientraitance**
Conférence Antoine Béclère
- ✓ **Imagerie de la femme**
Syllabus
- ✓ **Recherche**
Plateforme d'échanges

Soumission des résumés : **8 février - 15 mars**
en ligne uniquement sur www.sfrnet.org

Programme et inscription : **1^{er} juin**
www.sfrnet.org

Dates du congrès : **21- 25 octobre**
Palais des Congrès - Paris



Coopération public-privé

Les radiologues ont toujours un temps d'avance. C'est une particularité que les acteurs de notre spécialité, habitués aux évolutions rapides de la technologie, ont développée, en même temps que leur aptitude à la gestion des structures, qu'elles soient publiques ou privées.

Les équipements nécessaires à notre exercice sont maintenant pour la plupart soumis à autorisation. Les procédures d'autorisation nous ont contraints, quelque soit le secteur d'activité, à monter des dossiers pour convaincre partenaires et tutelles de l'utilité et de la faisabilité médico-économique de nos projets.

Ces points communs nous rapprochent naturellement. Ils favorisent également la réflexion

partagée autour du projet professionnel commun. L'outil du projet professionnel commun, le pôle sectoriel d'imagerie médicale (POSIM), a été proposé par le Conseil professionnel de la radiologie. Il nous permet de réagir de façon adéquate aux nouvelles contraintes démographiques et économiques qui nous demandent d'apporter, au delà des clivages archaïques, des solutions innovantes afin de répondre aux besoins de la société.

Des radiologues précurseurs ont déjà prouvé la faisabilité d'une telle évolution. Ils rapportent ici leurs expériences. Nous espérons pouvoir être nombreux à les suivre.



Dr Laurent Verzaux

Vice Président
de la Société Française
de Radiologie

Secrétaire général
de la Fédération Nationale
des Médecins Radiologues
(FNMR)

laurent.verzaux@wanadoo.fr

www.sfrnet.org

La plateforme de la radiologie



Société Française de Radiologie
Organisme de FMC agréé n°100132

Un portail de communication

- ❖ Pour les professionnels
- ❖ Pour le grand public
- ❖ Pour la presse



Un accès direct aux Journées Françaises de Radiologie

- ❖ Les points forts
- ❖ Le programme
- ❖ L'exposition technique
- ❖ L'inscription

Un outil de formation

- ❖ Cours en ligne
- ❖ Posters électroniques
- ❖ E-quid
- ❖ Une bibliothèque thématique

Un lieu d'échange

- ❖ Des forums
- ❖ Un espace personnalisé

Donnez-nous votre avis ! Adressez vos e-mails à : sfr@imagingmanagement.org



DOSSIER : COOPÉRATION PUBLIC-PRIVÉ

7 Manifeste pour un projet professionnel commun de l'imagerie médicale

Assurer la prise en charge radiologique sur l'ensemble du territoire
Conseil professionnel de la radiologie française (G4)

12 Les différentes formes de coopération au niveau juridique

Dr A. Bengana

14 L'imagerie médicale en 2011 : état de crise ou nouvel essor ?

Philippe Roussel

Expériences :

17 Création d'un GCS pour partager l'activité d'un scanner à Nancy

Retour d'expérience, quatre ans après
Dr Frédéric Lefèvre, Prof. Michel Claudon

18 Un exemple de rapprochement public-privé à Marne-la-Vallée

Une charte pour fixer l'esprit et les objectifs, un GCS pour le matériel
Dr René Bokobza

20 Partage d'équipement dans un centre hospitalier à Montpellier

Dr A. Bengana, Dr Y. Hetmaniak, Dr B. Gallix, M. Perrochon

23 Un centre d'imagerie libéral sur un site hospitalier dans le Nord

Dr Jean-Paul Duez

NOUVELLES APPROCHES

28 Prévenir la maltraitance et tendre à la bienveillance

Comment redonner du sens à notre mission de soignant
Dr Michel Schmitt

33 Optimisation de la dose d'irradiation en tomодensitométrie

Un processus d'audit externe au Grand-Duché de Luxembourg
Dr Denis Tack

ENTRETIEN

36 Dr Anne Tardivon

GROS PLAN SUR UN PAYS : LE CANADA

41 Le système de santé canadien
Prof. David A. Koff43 La radiologie au Canada
Entretien avec le président de l'Association canadienne des radiologistes
Dr E. A. Lyons44 Le système canadien d'aide à la décision
Dr Martin Reed46 L'accord de reconnaissance mutuelle France-Québec
Prof. David A. KoffI Éditorial
Coopération public-privé
Dr Laurent Verzaux

48 Calendrier

Rédacteur en chef

Prof. Iain McCall

Rédactrice en chef adjointe

Prof. Elisabeth Schouman-Claeys

Comité de rédaction français

Dr Jacques Besse

Prof. Michel Claudon

Dr Christian Delgoffe

Dr Sylvia Neuenschwander

Prof. Pierre-Jean Valette

Dr Laurent Verzaux

Comité de rédaction international

Prof. Hans Blickman (The Netherlands)

Prof. Georg Bongartz (Switzerland)

Prof. Michel Claudon (France)

Prof. Albert Cuocolo (Italy)

Prof. Lluis Donoso Bach (Spain)

Prof. Nevra Elmas (Turkey)

Prof. Guy Frija (France)

Prof. Lars Lonn (Sweden)

Prof. Heinz U. Lemke (Germany)

Prof. Jarl A. Jakobsen (Norway)

Prof. Mieczyslaw Pasowicz (Poland)

Prof. Peter Pattynama (The Netherlands)

Prof. Udo Sechtem (Germany)

Prof. Rainer Seibel (Germany)

Dr Nicola H. Strickland (UK)

Prof. Henrik S. Thomsen (Denmark)

Prof. Vlastimil Valek (Czech Republic)

Prof. Berthold Wein (Germany)

Ont collaboré à ce numéro

Dr A. Bengaga

Dr René Bokobza

Dr Jean-Paul Duez

Dr B. Gallix

Dr Y. Hetmaniak

Prof. David A. Koff

Dr Frédéric Lefèvre

Dr E. A. Lyons

M. Perrochon

Dr Martin Reed

Philippe Roussel

Dr Michel Schmitt

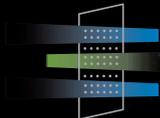
Dr Denis Tack

Dr Anne Tardivon

REWARDING EXCELLENCE AND INNOVATION

SUBMIT YOUR PROJECT!

ORGANISERS



European
Association of
HEALTHCARE IT
MANAGERS

MEDIA PARTNERS



The European Association of Healthcare IT Managers (HITM) is proud to invite you to the *IT @ Networking Awards 2012*, a global healthcare IT and medical technology competition.

IT @ 2012 will recognise and promote outstanding healthcare IT and medical technology projects. 25 nominees from across Europe and beyond will compete in the *IT @ Networking Awards 2012* on January 18 – 19 2012. This high-level competition will see candidates go through two rounds of presentations in an effort to convince the expert audience and panel of judges why their solution deserves to win. If last year is anything to go by, attendees will not hold back in cross-examination of each presenter during the Q&A sessions before placing their vote for their favourite solutions.

WHY ATTEND THE IT @ NETWORKING AWARDS 2012?

This event will give you the possibility to expand your general and in-depth knowledge on IT solutions. Every presentation is strictly structured according to our presentation cri-

CREATION



18 – 19
JANUARY 2012
THÉÂTRE DU VAUDEVILLE
BRUSSELS

WINNING PROJECT GETS € 50,000;
A € 2,500 CASH PRIZE AND MEDIA
PROMOTION WORTH € 47,500

teria. Such criteria allows for a cross-departmental understanding of each solution.

Uniquely, *IT @ 2012* requires all presenters to talk about the key problems they have encountered in creation or implementation. By highlighting honestly the problems and obstacles encountered, they provide the audience with an excellent tool for advancing similar issues in their own institutions.

IT and medical technology is of key importance to hospital management, especially considering the current financial constraints and increasing pressure our healthcare systems are faced with. Intelligent IT solutions increase cost-effectiveness, productivity and safety.

HOW IT WORKS

IT @ 2012 is a two-day event comprising two rounds of presentations. During the first day, 25 projects will be showcased in a Mindbyte presentation. Mindbytes are short and straight to the point. In just five minutes, each presenter will highlight the main advantages of their project and convince the audience they want to know more. After each presentation you, the expert

audience, and our panel of judges will place their votes. The top nine presentations make it through to the second day of competition where they are given the opportunity to present their projects in detail. This Workbench presentation has an allocated time of 30 minutes followed by 15 minutes of cross-examination.

WHAT SETS US APART

What differentiates *IT @ 2012* from other congresses? The main difference lies in the element of competition. Yes, *IT @ 2012* features presentations from across the world. But these are presentations with a difference, competitors are presenting to win; they have a completely different mindset. Each presenter will do the best to secure the top prize, to persuade the audience and judges that their solution deserves to win. The Q&A sessions also take on a new dimension with presenters having the opportunity to cross-examine their competitors.

HOW TO REGISTER

HITM members are eligible for a reduced rate. For this special fee you can enjoy two days of

informative presentations of fully implemented and running IT and medical technology projects. Moreover, you will have a say in who will win the trophy. Refreshments, lunch and evening entertainment are also included, giving ample opportunity for networking.

To register, please visit:

<https://www.conftool.net/itawards2012/>

LOCATION

IT @ 2012 will take place in the famous Theatre de Vaudeville, a most stimulating environment in the Galerie de la Reine, the centre of Brussels.

Hotel reservations can be obtained through www.booking.com.

For more information please visit our website www.itandnetworking.org or contact us on +32/2/2868501 or send an email to office@hitm.eu

We look forward to seeing you in Brussels in January!



Management in Radiology

Le rendez-vous européen du Management en Radiologie
29-30 septembre 2011, Nice

28 septembre : pré-congrès - cours de formation au management pour les Juniors

Thèmes

- ✓ Demande d'imagerie
- ✓ Standard de compte rendu
- ✓ Codage et financement
- ✓ Organisation et architecture
- ✓ E-santé et télé radiologie
- ✓ Controverses en échographie
- ✓ Education et recherche

Renseignements et Inscription

www.mir-online.org

- ✓ Date limite d'envoi des abstracts : **26 juin**
- ✓ Ouverture des inscriptions : **11 avril**
(profitez de tarifs réduits jusqu'au **15 août**)



Avec le soutien de la Société Française de Radiologie

MANIFESTE POUR UN PROJET PROFESSIONNEL COMMUN DE L'IMAGERIE MEDICALE

Assurer la prise en charge radiologique sur l'ensemble du territoire

L'imagerie médicale est au cœur de la pratique médicale moderne. La quasi totalité des séjours hospitaliers chirurgicaux et la très grande majorité des séjours de médecine donnent lieu à la réalisation d'actes d'imagerie, effectués en ville ou à l'hôpital, avant, pendant, et/ou après l'hospitalisation. Les patients évoluent ainsi des structures privées vers l'hôpital public et vice-versa, en passant fréquemment par des équipes mixtes, mettant en commun leurs compétences pour optimiser le fonctionnement des scanners et des IRM.

Le parcours de soins des patients rend, de fait, caduque la partition historique entre les secteurs libéral et public. Les médecins radiologues, publics et libéraux, suivent ensemble les mêmes patients et utilisent parfois des équipements en commun. Dans un contexte de spécialisation croissante des médecins radiologues, la mutualisation des compétences garantit la prise en charge médicale du patient par un radiologue spécialisé, que celui-ci exerce à l'hôpital ou en ville.

Le besoin croissant d'imagerie pose, indiscutablement, des problèmes budgétaires à la collectivité. La perception de ces problèmes est réelle mais, en revanche, les réponses qui y sont apportées sont inefficaces et contribuent parfois à accroître les difficultés.

De nombreux centres hospitaliers sont en situation de sous-effectifs en médecins radiologues, ce qui ne permet pas une bonne prise en charge des patients hospitalisés, entraîne des départs d'activité vers la radiologie de ville et une moindre fluidité dans la prise en charge des patients. La permanence des soins est concentrée sur un faible nombre de médecins radiologues, que ceux-ci exercent à l'hôpital ou en clinique. Le déploiement insuffisant – et parfois erratique – des équipements d'imagerie en coupe nuit à la substitution des techniques.

Face à ces problématiques, qui soulèvent des problèmes majeurs d'accès aux soins, les médecins radiologues souhaitent innover dans l'organisation des soins, en s'appuyant sur des expériences réussies de complémentarité entre les structures, pour proposer un projet professionnel commun au travers des « Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale » (POSIM). Pour ce faire, ils ont organisé, à un an d'intervalle (avant et après la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », HPST), deux séminaires

professionnels regroupant non seulement des médecins radiologues libéraux ou salariés, mais aussi des institutionnels, économistes et personnalités qualifiées du monde de la santé. Entre les deux séminaires, plusieurs commissions spécialisées ont travaillé pour compléter les travaux des sessions plénières.

Ce projet professionnel commun, objet de ce manifeste, permettra la mise en œuvre du plan pour l'imagerie en dix mesures voulu par le Conseil professionnel de la radiologie française (G4). Partant de l'état des lieux de l'imagerie médicale en France, il tire les leçons de projets de coopération en cours.

L'état de l'imagerie en France

Environ 7 250 médecins radiologues exercent sur le territoire. Il y a au sein des hôpitaux publics environ 1 200 praticiens hospitaliers et 36,8 % des postes ouverts sont vacants. Les jeunes radiologues ne sont plus attirés par le statut de praticien hospitalier, y compris dans les CHU. Ils ne sont pas plus attirés par une carrière libérale et choisissent, de plus en plus, le statut de remplaçant « permanent », en ville ou à l'hôpital. Ce constat démographique demeure toutefois positif en comparaison d'autres spécialités médicales, mais il doit être nuancé par quatre facteurs :

- D'ici 2025, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) prévoit une diminution de 25 % des effectifs ;
- La radiologie diagnostique et interventionnelle évolue vers des techniques nécessitant plus de temps médecin, lors des examens comme en dehors de ceux-ci (consultations et réunions de concertation pluridisciplinaires), ce qui va créer des tensions sur l'offre globale ;
- Les médecins radiologues, à l'instar de l'ensemble des médecins, ne sont pas répartis de façon satisfaisante sur le territoire ;
- La tendance croissante à la spécialisation d'organe : certaines zones peuvent manquer de médecins radiologues de premier recours alors que d'autres sont déficitaires en médecins radiologues spécialistes d'organes.

L'imagerie en coupe (scanner et IRM) est à la fois insuffisante et mal répartie. Le mode d'autorisation administrative a abouti à des aberrations démographiques comme des attributions à des sites sans médecins radiologues ou aux gestionnaires d'éta-

Le manifeste pour un projet professionnel commun de l'imagerie médicale a été écrit par le Conseil professionnel de la radiologie française (G4) qui associe toutes les composantes de la radiologie française : le Collège des Enseignants en radiologie de France (Universitaires), la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (médecins libéraux), la Société Française de Radiologie (société savante) et le Syndicat des Radiologues Hospitaliers.

[N.D.L.R. : Certaines des expériences citées dans le manifeste étant développées en pages 17 à 24 de ce magazine, nous n'avons pas fait figurer le paragraphe correspondant.]

blissements privés, mais aussi à des non-sens technologiques et économiques, avec une très forte concentration vers des plateaux « haut de gamme » plus coûteux. On a donc, pour certains équipements, une sous-activité faute d'effectifs radiologiques suffisants ou de recrutement. À l'inverse, pour certains examens, on utilise des équipements inadaptés et coûteux. Au final, on peut considérer qu'en dépit des évolutions récentes, le parc d'équipements est encore insuffisant, mal réparti, et ne permet pas un accès suffisant à l'imagerie en coupe pour chaque médecin radiologue et donc pour chaque patient.

L'offre de radiologie conventionnelle est plus homogène sur le territoire, mais souffre à la fois des restructurations en cours dans le secteur libéral, où les regroupements de cabinets s'accroissent sous l'effet de mesures administratives et tarifaires, et de l'insuffisance des effectifs dans de nombreux centres hospitaliers : dans ces derniers, faute d'effectifs, la radiologie conventionnelle n'est souvent pas interprétée. La situation est très variable d'un établissement à l'autre. Les centres hospitaliers sont confrontés à une raréfaction de l'offre radiologique. De nombreux postes ne sont pas pourvus et le phénomène devient rapidement cumulatif dans certains établissements. Le nombre de postes non pourvus fait peser sur les médecins radiologues présents une charge de travail rapidement insupportable et les pousse à rechercher d'autres solutions.

Ce phénomène est actuellement en train de prendre des proportions préoccupantes. Enfin, contrairement à de nombreuses autres spécialités médicales, les médecins radiologues exercent très majoritairement (plus de 90 %) en secteur conventionnel (« secteur 1 »). De ce fait, les dépassements d'honoraires ne concernent qu'un faible nombre de médecins radiologues situés principalement dans les grandes agglomérations. Cette régulation professionnelle a permis de maintenir un large accès à des technologies médicales souvent coûteuses.

Le projet professionnel commun

L'imagerie médicale est d'abord et avant tout au service du patient, que ce dernier soit ambulatoire ou hospitalisé. C'est dans la dimension de l'accès aux soins que doit se matérialiser une nouvelle organisation de l'imagerie médicale permettant de garantir la qualité, de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les séjours hospitaliers. Pour cela, les médecins radiologues proposent un projet médicalisé fondé à la fois sur le partage et la mutualisation des compétences et des équipements et sur le maillage territorial.

Cinq axes sont fondamentaux :

1. Penser globalement l'imagerie médicale au niveau d'une zone géographique

Nous proposons la création de Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM). Un POSIM est la constitution, dans une zone géographique donnée (locale, sectorielle ou « territoriale » au sens de la loi HPST), d'un regroupement de moyens entre plusieurs acteurs de l'imagerie médicale. Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement harmonieux d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante et mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité. Le POSIM peut être un regroupement public-public, public-privé, voire privé-privé sur tout ou partie de l'activité. Le POSIM peut ainsi ne concerner qu'une filière de soins (la mammographie et le cancer du sein par exemple) lorsque les compétences sont réparties entre plusieurs structures.

Il peut s'appuyer sur le SROS ambulatoire indicatif prévu dans la loi HPST et le SROS imagerie mais ne doit en aucun cas être un regroupement artificiel imposé par les tutelles. Il doit se fonder sur un projet médical, au service des patients et un intérêt commun à agir. La constitution d'un POSIM doit s'accompagner d'une convention avec l'ARS permettant de doter le POSIM des autorisations d'activités d'imagerie avec les équipements nécessaires (scanner et IRM notamment) à son fonctionnement, sans a priori sur la localisation ou le fonctionnement des équipements, en faisant appel, si nécessaire, à des expérimentations s'inscrivant dans un cadre dérogatoire. Le POSIM doit disposer d'un système d'information radiologique et d'un système d'archivage et de partage des images (PACS).

2. Favoriser la qualité et la bonne gestion des indications

La maîtrise des volumes et des règles de la radioprotection passe par la justesse des indications. La profession s'est engagée depuis plusieurs années avec la HAS en élaborant, puis en révisant et diffusant le Guide du Bon Usage des Examens d'Imagerie. Un travail important est mis en œuvre pour diffuser ce guide aux médecins demandeurs d'examen. Il est un outil interdisciplinaire de développement professionnel continu.

La mise à niveau des équipements dans le cadre des POSIM doit permettre d'aller directement vers l'examen le plus approprié. Des indicateurs de qualité sont proposés par les médecins radiologues : délais d'attente, accès des médecins radiologues aux équipements d'imagerie en coupe, taux de conformité des demandes au Guide du Bon Usage, délai et structuration des comptes rendus, etc.



Entrez dans une nouvelle ère de communication avec SYNAPSE® et SYNAPSE 3D



Un PACS 100 % web et un serveur de post-traitement multimodalités totalement intégrés.

Accessibles en tout lieu.

Hit Paris
2011
Health Information Technologies
Les Innovations de l'Informatique en Santé

Stand n°Z26

FUJIFILM

FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE
Immeuble Objectif 1 - 2, rue Louis Armand - 92800 Asnières
Tél. : 01 47 16 55 15 - Fax : 01 47 31 62 00

3. Favoriser un déploiement professionnel de la téléradiologie

La téléradiologie est aujourd'hui perçue par les tutelles essentiellement comme un outil supplétif dans l'organisation et la gestion de la permanence des soins. Cette approche est fondamentalement trop restrictive. Il est nécessaire de penser la téléradiologie dans le cadre d'un projet local, incorporant la gestion de l'adressage aux compétences radiologiques spécialisées, la répartition de la charge de travail, et l'accès aux techniques d'imagerie appropriées. La téléradiologie est un acte médical encadré par les règles de la déontologie médicale (cf le « Guide du Bon Usage de la Téléradiologie, élaboré par la profession et le CNOM). Elle recouvre le télédiagnostic et la télé-expertise. Elle peut être une composante de l'organisation médicale d'un POSIM, avec la constitution d'un identifiant unique, le partage de l'infrastructure informatique et des données et les garanties d'assurance qualité nécessaires.

La téléradiologie doit s'appuyer – comme la radiologie sur site – sur une meilleure appréciation des demandes d'examens. Elle suit l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient. La télétransmission d'images sur le plan technique ou la téléinterprétation sur le plan médical ne sont, chacune, que des étapes de la téléradiologie. Elle prend en compte les relations humaines entre le patient, le médecin clinicien, le médecin radiologue et le manipulateur et tous les impératifs techniques et organisationnels à la qualité des soins.

C'est dans le cadre d'un projet médical et au travers du Guide du Bon Usage des Demandes d'Examen d'imagerie, que les médecins radiologues et leurs correspondants doivent définir les protocoles médicaux communs de téléradiologie. La téléradiologie doit être conforme au Guide du Bon Usage de la téléradiologie défini par la profession (G4) et le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

4. Concevoir des outils juridiques adaptés

La loi HPST prévoit la constitution de GCS d'établissement, dont les décrets d'application ne sont pas encore publiés. Les GCS de moyens, utilisés actuellement, ont fait la preuve de leur efficacité. Or, il semble que les nouveaux textes en préparation, suite à la loi HPST, n'apportent pas une souplesse similaire, en raison notamment du statut de droit public donné à tout GCS entre un établissement et des professionnels libéraux. Or, il est nécessaire que ces outils autorisent la réalisation du projet professionnel commun d'imagerie en favorisant les coopérations entre les secteurs public et privé et la gestion quotidienne des futurs POSIM. De même, il est indispensable que

les statuts des structures juridiques permettent la formation des étudiants en radiologie dans le cadre des regroupements.

5. Obtenir plus de souplesse et d'homogénéité dans les statuts des praticiens

Dans le cadre d'un POSIM, il convient de rechercher un rapprochement – même partiel – des modes d'exercices et des statuts. Une partie de ce rapprochement peut être recherché dans les modalités de détachement ou de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Il convient de permettre que ceux-ci puissent réglementairement être réalisés dans le cadre du GCS ou de toute autre formule juridique retenue pour le POSIM. Cette activité libérale peut être mutualisée et payée sous forme de salaire, ce qui évite le double statut. Pour les praticiens qui envisagent le double statut, une autre solution réside dans le passage à temps partiel des praticiens hospitaliers. Le cadre réglementaire actuel ne leur permet cependant pas d'exercer le reste de leur activité sur le site de leur activité principale.

Dans le cadre d'un GCS et dans des conditions strictement définies, il est nécessaire de permettre aux médecins radiologues qui le souhaitent d'exercer à temps partiel en activité hospitalière et le reste du temps dans le cadre du GCS, au lieu de les contraindre à choisir d'autres sites d'exercice.

On atteint, en effet, un niveau d'incohérence particulièrement élevé quand on s'intéresse à la constitution d'une offre locale. Un praticien hospitalier temps partiel peut exercer dans un site privé en face de l'hôpital tant qu'il n'existe pas d'accord contractuel entre les deux structures. À partir du moment où le site privé et l'hôpital se rapprochent juridiquement, par exemple dans un GCS pour exploiter des équipements d'imagerie en coupe, le praticien hospitalier temps partiel ne peut exercer son activité libérale sur les équipements du GCS.

Pour les praticiens libéraux, le rapprochement peut se faire par des vacances hospitalières et la cogestion de la permanence des soins (PDS). Il faut cependant redéfinir les vacances hospitalières qui seraient réalisées dans le cadre d'un POSIM pour les réévaluer. Il en est de même pour la permanence des soins qui doit donner lieu, une fois le POSIM constitué, à une indemnisation équivalente quel que soit le statut (indemnité de sujétion + équivalent salaire). Le rapprochement peut aussi s'effectuer au travers d'expérience de salariat des médecins libéraux. Dans le cadre de sociétés d'exercice libéral (SEL) possédant le statut de société anonyme (SA), les médecins peuvent alors être salariés, ce qui permettrait de comparer et de rapprocher les statuts professionnels.

REWARDING EXCELLENCE & INNOVATION

► GLOBAL HEALTHCARE IT AND MEDICAL TECHNOLOGY COMPETITION

▼
**WINNING PROJECT
GETS PRIZES
WORTH € 55,000**

▼
**18 - 19
JANUARY 2012
THÉÂTRE DU VAUDEVILLE
BRUSSELS**

▼
www.itandnetworking.org

Conclusion

Le clivage entre l'imagerie médicale publique et libérale, qui n'a pas toujours existé et qui est régi par une réglementation qui a un demi-siècle, n'a, aujourd'hui, plus de raison d'être. Toute l'imagerie doit être organisée autour de l'offre locale de soins. Il existe cependant de nombreux

freins à ce changement de paradigme : des freins administratifs et réglementaires bien sûr (certains ont été évoqués dans ce document), mais aussi des freins psychologiques. La loi HPST représente une opportunité historique de lever certains de ces freins, à condition d'orienter certains décrets dans le sens d'une réponse pragmatique aux difficultés rencontrées. ■

LES DIFFÉRENTES FORMES DE COOPÉRATION AU NIVEAU JURIDIQUE

L'association privé-public pour l'acquisition de matériel lourd ou la prise en charge de plateaux d'imagerie médicale est une spécificité française. Cette singularité est consécutive à la nécessité d'obtenir des autorités sanitaires de tutelles une autorisation administrative de mise en activité d'un scanner ou d'une IRM. Ces mêmes organismes sanitaires recommandent fortement ce type d'association afin d'obtenir la répartition la plus harmonieuse possible du matériel lourd et une meilleure utilisation des machines.

La diversité des situations

La lecture des différentes demandes d'autorisation met en évidence une grande diversité de situation.

- L'association d'une structure hospitalière de proximité – manquant de moyens humains, notamment pour une prise en charge des gardes dans les meilleures conditions – avec des radiologues libéraux locaux lui permettra d'optimiser l'utilisation de l'équipement et d'assurer une continuité des soins grâce à un nombre de médecins suffisant.
- À l'inverse, un CHU fortement doté de matériel en coupe peut avoir besoin d'une autorisation supplémentaire pour assurer une activité spécialisée particulière (pédiatrie, cardiologie, etc.). Cette spécialité ne pouvant seule occuper la totalité des créneaux horaires (d'une IRM par exemple), l'appel au secteur libéral permet de mutualiser la charge financière du projet.
- Dans le secteur libéral, la gestion d'un scanner ou d'une IRM indépendante n'est possible que par des associations ou des groupes étoffés. Les médecins faisant partie de groupes plus petits pourront ainsi, par le biais d'un regroupement avec le secteur public et en partageant les charges de fonctionnement, accéder plus facilement à un plateau d'imagerie qu'ils n'auraient pas pu gérer seuls.
- Dans certaines régions de France, un facteur démographique peut intervenir. L'analyse de la démographie médicale en radiologie ne permettra pas

de garantir de façon certaine le fonctionnement des machines existantes. En effet, le nombre de départs à la retraite est susceptible de devenir supérieur à celui des étudiants formés à cette spécialité, ce qui risque d'aggraver encore le déficit existant entre praticiens hospitaliers et libéraux. C'est par le vecteur de coopérations formalisées entre le secteur libéral et les structures hospitalières publiques que la pérennité de certains plateaux d'imagerie pourra se faire.

Les différentes formes juridiques

Différentes formes juridiques d'association sont possibles, les deux plus fréquentes étant le GCS et le GIE.

Le GIE, groupement d'intérêt économique

Il peut être constitué de deux ou plusieurs personnes physiques ou morales, y compris libérales : établissements publics de santé, personnes morales de droit public, établissements de santé privés, établissements de santé privés à but non lucratif (PSPH), établissements de santé privés à but lucratif.

Le GIE est constitué par le biais d'une convention constitutive. Il permet une liberté de rédaction des statuts et est une personne morale de droit privé. Dans un hôpital, il est nécessaire de recueillir l'avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du Conseil d'administration (CA). En revanche, aucune formalité particulière n'est requise pour les établissements de santé privés. Les statuts doivent être



Auteur
Dr A. Bengana

Centre d'imagerie Imacame
Clinique du Millénaire
Montpellier, France

hamid.bengana@wanadoo.fr

déposés au greffe du Tribunal de commerce dans le ressort duquel le siège du GIE est situé (immatriculation nécessaire) et il y a obligation de publication au Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales (Bodacc).

Le fonctionnement d'un GIE nécessite une assemblée générale, organe délibérant et décisionnel, et un ou plusieurs administrateurs (qui peuvent être une personne morale). Le GIE peut être employeur. Toutefois, si le personnel recruté pour son fonctionnement est de 50 salariés ou plus, un comité d'entreprise doit être mis en place. Il peut détenir des autorisations pour des équipements lourds (IRM, etc.). Sa gestion financière relève du droit privé : les redevances des membres assurent les recettes du GIE. Les apports des membres sont en numéraire, en nature ou en industrie.

Le GCS, groupement de coopération sanitaire

Il est utilisé afin de réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun. Les membres du GCS peuvent être des établissements de santé publics et/ou privés, des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux et, sur autorisation du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), des organismes ou professionnels de santé concourant aux soins.

Le GCS dispose de tous les attributs de l'établissement de santé, mais sans en avoir le statut. Il est soumis aux mêmes

devoirs vis-à-vis de l'ARS : autorisations et contrat d'objectifs et de moyens en conformité avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS⁵, obligation d'accreditation par la Haute autorité de santé (HAS), etc. Il peut constituer un réseau de santé.

Le directeur de l'ARS peut émettre une autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux au titre d'une autorisation détenue par l'un de ses membres. Il peut provoquer la création d'un GCS entre plusieurs établissements si le SROS le nécessite. Il peut mener des expérimentations de rémunération des professionnels médicaux libéraux exerçant dans le GCS. Le GCS peut, comme le GIE, être employeur et peut avoir une personnalité morale de droit privé, sauf si au moins l'un de ses membres est un établissement de droit public.

En conclusion

La structure la plus souple et la plus utilisée est le GIE, ceci pour deux raisons majeures :

- il n'inclut pas forcément les autorités administratives d'un établissement de santé ou d'une tutelle dans la gestion de sa structure ;
- il est la plupart du temps régi par les règles du droit privé et non pas, comme le GCS, par celles, beaucoup plus contraignantes, du droit public. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT À IMAGING MANAGEMENT – ÉDITION FRANÇAISE

Mme, Mlle, M.....

Prénom.....

Nom.....

Fonction.....

Adresse.....

Ville et code postal.....

Pays.....

Téléphone.....

E-mail.....



ABONNEMENT (2 PARUTIONS PAR AN)

1 AN Europe 32 Euros
 Hors Europe 42 Euros

2 ANS Europe 52 Euros
 Hors Europe 72 Euros

Pour les membres de la Société Française de Radiologie, le journal fait partie des avantages liés à leur adhésion.

Comment s'abonner ?

- Envoyer un e-mail avec vos nom et adresse à subs@imagingmanagement.org
- Compléter ce bulletin et l'envoyer à IMAGING Management, 28 rue de la Loi, 1040 Bruxelles, Belgique
- Compléter ce bulletin et le faxer au numéro 0 (032) 2 286 85 08

L'IMAGERIE MÉDICALE EN 2011

État de crise ou nouvel essor ?



Auteur
Philippe Roussel

Directeur
Centre hospitalier du Mans
Le Mans, France

Et
Vice-Président
du Centre National
de l'Expertise Hospitalière
(CNEH)

Président
du Comité scientifique
de Hit Paris 2011

philippe-roussel@live.fr

On entend souvent dire que l'imagerie médicale, dans les hôpitaux publics ou dans les cabinets libéraux, est en crise. Il est vrai que le nombre de postes vacants dans les hôpitaux, les difficultés pour trouver des successeurs aux radiologues libéraux, le nombre d'annonces dans la presse spécialisée et le peu d'enthousiasme des jeunes diplômés inquiets du manque de perspectives pour leur avenir professionnel semblent venir étayer cette affirmation.

Pourtant, en y regardant de plus près, de nombreux autres faits contredisent cette impression largement répandue d'un secteur en grande difficulté :

1. Tout d'abord, même si les perspectives de la démographie médicale laissent augurer une baisse notable dans les années à venir, le nombre de radiologues en exercice reste important. Entre 7 500 et 8 000 radiologues, 67 % en libéral et 28 % à l'hôpital, dispensent leurs soins aux patients, soit un nombre de radiologues par habitants nettement plus important que dans beaucoup de pays européens, même si les pratiques ne sont pas totalement comparables ;
2. Par ailleurs, l'attrait pour la discipline radiologique reste entier pour les étudiants en médecine : c'est l'une des toutes premières spécialités choisies par les internes ;
3. La demande d'examen est aussi en croissance continue, en particulier pour l'imagerie de coupe. Ainsi, des estimations raisonnables prévoient que les examens d'IRM croîtront d'environ 7 % par an dans les années à venir ;
4. Les techniques de diagnostic mais aussi de soin d'un certain nombre de pathologies courantes – combinant l'image et le geste thérapeutique – sont en plein développement. Elles sont déjà courantes en échographie et en tomodensitométrie, et bientôt en IRM.

On peut donc affirmer que si crise il y a, les causes majeures ne résident pas dans la discipline elle-même, mais dans les contraintes qu'on lui impose et dans la place qu'on lui réserve dans l'organisation des soins.

L'imagerie sous contraintes

De nombreux facteurs contraignants viennent perturber une organisation optimale et un développement harmonieux de l'imagerie médicale, pénalisant ainsi une prise en charge

adaptée des patients. Sans vouloir en dresser une liste exhaustive, on peut cependant mettre en lumière les principales composantes :

1. L'organisation de l'offre de soins sur les territoires de santé, à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et bientôt les plans régionaux de santé publique (PRSP), n'a pas privilégié, dans la plupart des régions, une filière de soins coordonnés donnant à l'imagerie la place qui devrait être la sienne comme élément restructurant majeur de l'offre de soins. D'autre part, le territoire de santé et même la région sanitaire se révèlent être des cadres trop étroits pour cette discipline qui a vocation à transcender les frontières (encore plus avec le développement de la télésanté) ;
2. Le système des autorisations d'équipements dits « lourds » a pénalisé le développement de l'imagerie de coupe au profit, discutable, de la radiologie traditionnelle et de l'échographie.
3. Les outils juridiques disponibles pour créer des regroupements sont limités, peu incitatifs et manquent souvent de souplesse. Le groupement d'intérêt économique (GIE), formule la plus utilisée, ne permet pas une véritable intégration des compétences et le groupement de coopération sanitaire (GCS) connaît une trop longue gestation pour être rapidement utilisable.
4. Les différences de modes de rémunération entre praticiens publics et libéraux, qui concernent aussi les praticiens hospitaliers (PH) qui souhaitent diversifier leur mode d'exercice, ne favorisent pas une bonne harmonie dans la participation à la permanence des soins et sont un obstacle majeur à un éventuel partage de la continuité des soins.
5. Le statut des personnels et les habitudes de travail diffèrent souvent d'un secteur à l'autre et la coopération

interprofessionnelle instituée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) n'en est qu'à ses débuts. Beaucoup de préjugés, d'idées reçues et de réflexes corporatistes doivent être dépassés avant que cette nouvelle distribution des compétences ne porte tous ses fruits dans les unités de radiologie.

6. L'organisation de l'hôpital en pôles d'activité n'a pas été accompagnée d'une réflexion sur la place de l'imagerie comme science clinique. La plupart du temps, la radiologie est considérée uniquement comme un pôle médico-technique, prestataire de services pour les autres secteurs de l'établissement.
7. C'est pourquoi il est si difficile de répondre à la question souvent posée : l'imagerie est-elle, au regard des règles de la tarification à l'activité (T2A)* et de la codification des actes médicaux, un centre de coût ou un centre de profit ? La réponse dépend beaucoup de la place institutionnelle faite à l'imagerie et de la reconnaissance, par les pouvoirs publics et l'assurance maladie, de la nature spécifique des actes des radiologues.

Il faut impérativement alléger les contraintes et les carcans qui pèsent trop lourdement sur l'imagerie

Au terme de cet examen – pourtant non exhaustif – des contraintes qui pèsent sur la discipline, on comprend aisément pourquoi les acteurs se découragent à l'idée d'innover afin de répondre de manière satisfaisante à la demande croissante d'examens d'imagerie. Pourtant, si l'on y regarde de plus près, il apparaît qu'une approche différente de la situation certes difficile que l'on connaît aujourd'hui, permettrait sans doute de débloquer les choses et de trouver des solutions adaptées. À cet effet, il semble indispensable de rappeler quelques éléments de base de la radiologie et d'adopter une méthode de travail permettant une bonne intégration du changement.

Les principes de base

1. Depuis la fin des années 60, la radiologie est reconnue comme science clinique et non plus comme simple prestation de service. Les radiologues jouent un rôle essentiel dans les staffs médicaux de la plupart des disciplines pour contribuer à la pose du diagnostic et

à l'élaboration de stratégies de traitement. Mais, avec le développement de la radiologie interventionnelle et la multiplication de ses indications, c'est aussi une discipline qui réalise des actes thérapeutiques. La radiologie a toujours pour objectif premier de produire des images mais à l'image s'associe aujourd'hui l'action.

2. L'époque où la radiologie était une discipline monolithique est bien révolue. Outre que nombre de médecins non radiologues effectuent des actes d'imagerie diagnostique ou interventionnelle, de nombreuses spécialités et même surspécialités sont apparues au sein de la discipline, liées à l'évolution des connaissances des pathologies mais aussi aux types de patients et aux modes de prise en charge. C'est pourquoi il apparaît indispensable d'imaginer de nouvelles filières de soins autour de l'imagerie dans le cadre des plans régionaux de santé. Elles associeraient utilement tous les acteurs concernés et feraient à l'ambulateur, dont le développement est continu et durable, une plus large place.
3. La radiologie libérale et la radiologie hospitalière représentent souvent deux métiers différents, correspondant à des choix individuels qu'il convient de respecter. Mais le temps est largement venu de les rendre complémentaires dans un schéma « gagnant-gagnant » où les patients trouveront une réponse adaptée à leurs besoins.
4. L'intérêt et la plus-value apportés par la virtualisation des images et des données sont une aide précieuse à l'exercice clinique mais ne sauraient constituer la solution au problème de raréfaction des compétences. Visiostaff**, PACS, et système d'information radiologique (RIS) offrent des modes d'organisation utiles pour partager la connaissance des dossiers et augmenter la possibilité d'expertises, mais ils doivent obligatoirement s'appuyer sur un projet médical commun, à l'échelle de l'établissement ou du territoire. Mais attention également, en voulant créer de grands projets régionaux ou nationaux, de ne pas mettre en œuvre des usines à gaz trop lourdes pour être efficaces, ce qui entraînerait la démotivation des acteurs de terrain.

Dès lors, il me semble indispensable que les solutions imaginables pour sortir des difficultés actuelles soient bâties en s'appuyant sur les méthodes de conduite du changement. L'enjeu majeur des semaines à venir est d'initier une approche nouvelle susceptible de faire bouger les lignes de frontières et de donner une motivation nouvelle aux acteurs de terrain.

* La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007. Il vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

** Le visio-staff (réunion de concertation) entre dans la catégorie de la « télé-expertise » du rapport Simon-Acker sur la télé-médecine. C'est une télé-expertise pluridisciplinaire, de médecins mais aussi de personnels paramédicaux rendue possible grâce aux outils de visio-conférence.

Les étapes du changement

Cinq étapes me paraissent nécessaires :

1. Établir un état des lieux aussi complet que possible des ressources humaines, matérielles et des installations techniques existantes. Il convient aussi de bien recenser les initiatives déjà prises en matière de coopérations. À cet effet, on peut imaginer la mise en place de structures souples de concertation associant, outre les radiologues, des directeurs d'établissements de santé et des présidents de commissions médicales d'établissement (CME). Compte tenu du rôle qui leur serait imparti, on pourrait utilement les appeler « Observatoires de l'imagerie » dans un territoire donné et les utiliser comme structure pérenne de concertation, en complément des G4 régionaux.
2. Recenser les besoins actuels et futurs en prenant en compte l'évolution inéluctable vers des indications d'images en coupe en croissance régulière, aux dépens de la radiologie traditionnelle et sans doute de l'échographie, et vers une prise en charge ambulatoire des patients.
3. Inventer de nouveaux territoires qui correspondent mieux aux spécificités de la radiologie, en lien étroit avec les autres disciplines cliniques. Ainsi, il est nécessaire de dépasser les définitions d'espaces de santé mis en place par les SROS dans les années précédentes. L'imagerie doit se concevoir, surtout à la lumière des remarques précédentes, comme une discipline médicale « transfrontière » : dans un certain nombre de cas, faute d'un nombre suffisant de compétences ou d'équipements, elle ne peut s'organiser dans le cadre d'un seul territoire, voire d'une seule région. La notion de « territoire de projet » qui commence à apparaître dans les projets de planification sanitaire me paraît bien adaptée à l'imagerie car elle permet de combiner compétences locales et expertises à distance, notamment au sein des Centres hospitaliers universitaires, dans le cadre d'un projet médical commun concerté et coordonné.
4. Construire un projet finalisé en s'appuyant sur les propositions déjà mises en forme par les représentants de la discipline. Ainsi, la création d'un projet professionnel commun est une première approche de cette coordination des soins entre secteurs public et privé, et de nature à lever certains blocages. La structuration territoriale en « Pôles d'imagerie », transcendant les entités existantes, est aussi une piste de travail très intéressante. Laisser les

professionnels s'organiser et proposer des innovations tout en les accompagnant avec souplesse et efficacité, tel est le défi actuel lancé à la puissance publique !

5. Prévoir un cadre et un temps d'expérimentation en complément des dispositifs législatifs et réglementaires existants. Cette période de test devrait notamment autoriser les acteurs concernés à déroger à leurs statuts de PH ou PUPH (professeurs des universités-praticiens hospitaliers) afin de pouvoir exercer une partie de leur activité, dans un contexte libéral, avec un mode de rémunération adapté.

Beaucoup de préjugés,
d'idées reçues
et de réflexes corporatistes
doivent être dépassés

Conclusion

Au terme de cette rapide analyse, le diagnostic est clair : l'imagerie médicale ne souffre pas d'une maladie grave et évolutive. Tout juste traverse-t-elle actuellement une crise de croissance, car elle est plus que jamais la pierre angulaire de la prise en charge du patient.

Il faut impérativement alléger les contraintes et les carcans qui pèsent trop lourdement sur elle et faire en sorte que les professionnels soient davantage libres de maîtriser les évolutions de leurs pratiques et de leurs structures, en dialogue ouvert avec toutes les parties prenantes. En particulier, il convient d'ouvrir des évolutions dans les règles statutaires, d'autoriser les expérimentations pour les regroupements de praticiens, sans oublier d'effectuer un changement notable dans le régime des agréments de matériel dit lourd pour passer de la notion « d'autorisation d'équipement » à celle « d'autorisation d'exercice » accordée à une équipe pluridisciplinaire et pluri statutaire.

L'urgence de trouver des solutions est évidente pour tous. La volonté d'aboutir anime beaucoup de professionnels de l'imagerie mais aussi de la santé en général. Le ministère de la Santé et les Agences régionales de santé (ARS) commencent à se mobiliser. Sauront-ils ensemble trouver les solutions qui permettront aux patients de trouver, partout en France, la prise en charge de qualité qu'ils sont en droit d'attendre ? ■

CRÉATION D'UN GCS POUR PARTAGER L'ACTIVITÉ D'UN SCANNER À NANCY

Retour d'expérience, quatre ans après

Il y a bientôt quatre ans, une coopération public-privé a été mise en place pour gérer l'activité d'un scanner installé dans l'hôpital pédiatrique du CHU de Nancy et lui assurer une activité complémentaire d'adultes suffisante pour en équilibrer l'exploitation tout en l'ouvrant aux radiologues libéraux de l'agglomération.

Le contexte

Les échanges sur la possibilité de partager l'activité du scanner installé dans les locaux de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy ont débuté après des discussions avec des collègues du CHU de Montpellier qui étaient alors en train de finaliser le dossier de partage d'une IRM entre praticiens exerçant dans l'hôpital public et dans le secteur libéral. (N.D.L.R. : leur expérience est à découvrir pages suivantes)

En cette fin d'année 2006, le scanner de l'hôpital d'enfants était un matériel vieillissant voire obsolète avec une activité faible car quasiment exclusivement tournée vers l'activité interne du site (environ 2 500 examens annuels). Par conséquent, il semblait difficile de pouvoir changer ce matériel. Le premier constat était simple : comment augmenter l'activité du site pour justifier de son changement ?

Pendant ce temps, les autres scanners de l'agglomération étaient soumis à une forte pression entraînant des délais d'attente de plus en plus longs – souvent au-delà de deux semaines. Alors que les premières structures de type GIE ou GCS faisaient leur apparition en Lorraine, il nous est apparu qu'une nouvelle entité juridique cogérée public-privé permettrait d'avoir de la souplesse dans la gestion et d'augmenter l'activité tout en nous donnant les moyens de choisir un matériel performant capable de rendre la plateforme attractive.

Les discussions ont débuté sur ces principes, regroupant d'une part le CHU – à travers son directeur général et le chef de pôle d'imagerie – et de l'autre des radiologues libéraux ayant une activité à temps partiel au sein de l'hôpital public. Le principe d'une structure mixte ayant été rapidement accepté par les différents interlocuteurs, l'organisation pratique pouvait alors commencer grâce à l'apport de juristes spécialisés en droit public et privé. Le choix de la structure juridique s'est porté sur un GCS, outil dédié au domaine de la santé et sous surveillance de l'ARH (maintenant ARS), plutôt que sur un GIE, même si ces

arguments impliquaient une plus grande lourdeur de procédures. La structure juridique choisie et validée, la gouvernance du GCS établie, nos expériences passées nous ont porté à choisir une répartition équilibrée 50/50 entre public et privé. Il est toutefois intéressant de préciser que les partenaires libéraux s'étaient regroupés autour d'un GIE : avec seulement deux parties, le CHU d'un côté et le GIE libéral de l'autre, le pilotage du GCS en devenait plus simple. L'administrateur du GCS (PU-PH) a été nommé par le directeur général du CHU, tandis qu'un contrôleur de gestion était nommé par le GIE libéral.

Cette nouvelle structure juridique ayant de fortes implications dans l'organisation pratique de la future activité, une approche de l'ensemble du personnel du CHU concerné a été entreprise. Une implication très forte du CHU a été nécessaire avec l'intervention du directeur général, du chef de service et du cadre de santé. Après plusieurs étapes de présentations et de dialogues avec le personnel, ce projet a été accepté, puis largement soutenu par chaque acteur du système. Au final, l'organisation du GCS repose sur du personnel hospitalier qui a accepté d'être mis à disposition du GCS en dehors de la permanence des soins. Seule la comptabilité est réalisée par des prestataires externes.

Si le circuit patients est organisé autour des outils dont dispose le CHU (RIS, PACS) et la prise de rendez-vous est centralisée sur le site du GCS, la facturation des forfaits techniques a été isolée et autonomisée du circuit CHU. De profonds changements ont été introduits avec l'augmentation des amplitudes horaires pour les manipulateurs et les secrétaires (dorénavant 8 h-20 h), et la prise de rendez-vous directe sur appel téléphonique par les patients ou les médecins. Dans cette nouvelle organisation, l'hôpital d'enfants étant un centre de référence régionale, une attention particulière a été accordée aux urgences pédiatriques : elles ont, si besoin, un accès direct au scanner, y compris au cours des plages d'activité réglée, qu'elles soient publiques ou privées.



Auteurs
Dr Frédéric Lefèvre
Prof. Michel Claudon*

Service de radiologie
CHU de Nancy
Nancy, France

f.lefevre@selimmo.fr
m.claudon@chu-nancy.fr

*ci-dessus

Historique :

Septembre 2006 :
début des premiers contacts
Juin 2007 :
ouverture du scanner
Janvier 2011 :
modification des recettes
(baisse du second forfait)
Juin 2012 :
début d'un nouveau cycle

Les bilans

Les objectifs ont été globalement réalisés durant les trois premières années d'activité par les différents partenaires et le nouveau fonctionnement a pris sa place dans l'organisation hospitalière mais aussi dans l'environnement de médecine de ville proche. Toutefois, aucune enquête de satisfaction n'a été menée auprès de nos patients et correspondants. Le personnel hospitalier mis à disposition des activités du GCS a complètement adhéré à la nouvelle organisation du travail. Nous n'avons pas constaté de départ : plutôt une augmentation de l'attractivité du service d'imagerie. Des objectifs et relevés détaillés d'activité sont dressés chaque mois et adressés aux partenaires du GCS. L'activité a été conforme aux prévisions, les dépenses sont restées maîtrisées, et le bilan financier est positif avec une marge de 10 % du chiffre d'affaires.

L'évolution

Une modification du mode de remboursement des actes de scanographie, apparue en 2011, va imposer des modifica-

tions de fonctionnement car la situation financière du GCS va se dégrader et son bilan financier sera négatif fin 2011. Ces nouvelles règles entraînent une baisse d'environ 120 000 € de chiffre d'affaires sans que le montage financier ne puisse être fondamentalement adapté. Il est donc nécessaire de rechercher des solutions pour diminuer les dépenses où cela est possible, ainsi que d'augmenter les recettes par une croissance de l'activité.

Dans un an, il va falloir préparer le changement du matériel qui avait été loué pour une période de cinq ans. Les démarches auprès du management de l'hôpital vont donc débiter afin de déterminer une stratégie : si la première question porte sur la prolongation ou non de la collaboration public-privé et donc du GCS, la deuxième sera de préciser les performances attendues de la nouvelle machine pour nous permettre d'explorer les patients qui nous sont confiés. Le scanner installé actuellement est doté des outils nécessaires pour explorer le cœur, mais cette activité est restée marginale durant ces premières années : cette capacité devra donc être arbitrée. ■

UN EXEMPLE DE RAPPROCHEMENT PUBLIC-PRIVÉ À MARNE-LA-VALLÉE

Une charte pour fixer l'esprit et les objectifs, un GCS pour le matériel

Marne-la-Vallée offre la particularité, aux portes de Paris, d'être une région très bien localisée géographiquement (Marne, A4, A86, A104) et très bien desservie par les transports en commun et les axes autoroutiers. La population y est en augmentation constante et importante – actuellement le bassin de population visé est d'environ 400 000 habitants. Il est prévu l'afflux d'au moins 40 000 habitants supplémentaires dans la décennie à venir. Il est donc intéressant d'expérimenter sur cette entité bien individualisée un rapprochement original entre les professionnels en imagerie des secteurs libéral et public.

Auteur
Dr René Bokobza

Radiologue
Torcy, France

selcimg@yahoo.fr

La proximité géographique des deux entités a joué un rôle important dans la réflexion et a interdit toute forme de concurrence sauvage qui n'aurait débouché que sur une perte globale d'efficacité médicale. L'actuel Hôpital de Lagny va déménager en 2012 sur le site en construction de Jossigny.

Or, à moins de 400 mètres, vient de se construire un centre complet d'imagerie médicale libéral. À l'origine, il s'agit d'une pure coïncidence de projets qui, une fois lancés, n'ont pas pu être arrêtés.

L'esprit

Le partenariat public-privé en imagerie médicale à Lagny Marne-la-Vallée remonte aux années 90. De vacations de scanner dans le service de l'hôpital à la création d'un GIE pour l'exploitation d'une IRM en passant par une collaboration sur la macro biopsie, il s'est développé et pérennisé au fil du temps grâce à la bonne volonté des intervenants. Pour le projet actuel, il aura fallu une ténacité à toute épreuve des décideurs des deux cotés afin qu'une complémentarité s'impose sur le terrain. Il faut rendre un hom-

mage particulier aux deux Directeurs successifs, MM. J.Y. Delanoë et Th. Leludec, qui ont participé activement à cette collaboration. Malgré un historique déjà riche d'exploitation en commun d'équipements il n'était pas certain d'aboutir à un accord sur l'imagerie dans son ensemble.

Même si on a pu observer des freins et des obstacles, seul le cadre juridique peine à être finalisé actuellement. Les mentalités, elles, semblent évoluer dans le bon sens des deux cotés. La clé de la réussite réside dans le respect et la compréhension par chaque partenaire des caractéristiques de l'autre. Il ne doit pas y avoir de volonté hégémonique, d'idéologie et de dogmatisme, ni d'un côté ni de l'autre. Il faut que les deux parties puissent répondre à leurs objectifs financiers et à leurs missions sanitaires malgré des différences de culture et d'exercice mais sans vouloir les confondre ou les réduire l'une à l'autre.

Le mode d'organisation

Une Charte a été élaborée, fixant le cadre et l'esprit dans lequel la mutualisation doit s'exercer : elle se fonde principalement sur le respect de chaque entité par l'autre et repose avant tout sur les droits élémentaires du patient (accessibilité, continuité des soins, limitation des dépassements d'honoraires).

Une division du travail par filières de soins a été décidée afin d'effectuer un partage des tâches non contesté et non concurrent. L'activité médicale a été répartie en activité exclusive des libéraux, activité exclusive de l'hôpital, et activité partagée par les deux partenaires. Il en a découlé une déclinaison par secteur d'imagerie.

L'activité sénologique, par exemple, est très emblématique de ce mode de fonctionnement. De manière pragmatique, il a été décidé que toute la chaîne diagnostique sénologique se trouverait dans le privé (de la mammographie à la macrobiopsie en passant par l'échographie, la microbiopsie et l'IRM mammaire) et toute la chaîne thérapeutique à l'hôpital. Les radiologues libéraux participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hospitalières et des médecins hospitaliers viennent consulter dans les locaux privés. Cela n'exclue pas, bien évidemment, notre étroite collaboration naturelle avec tous les médecins libéraux avoisinants, spécialistes ou généralistes.

En réalité, nous renvoyons vers le médecin traitant les cas nécessitant un suivi carcinologique et c'est lui qui décide de l'orientation de sa patiente. Naturellement, le fait qu'une

chaîne complète diagnostique et thérapeutique existe localement incite le médecin à lui renvoyer les patientes. Ce mode de fonctionnement est susceptible d'inverser fortement, au bénéfice de tous, les flux centrifuges qui détournent actuellement plus de la moitié des femmes vers Paris.

De la même façon, la totalité de la chaîne diagnostique et thérapeutique cardiologique est localisée à l'hôpital. Un patient ne doit plus se poser la question : où dois-je aller si j'ai telle ou telle pathologie ? Dans la pratique, des praticiens hospitaliers viennent dans le privé effectuer les actes nécessaires à leurs patientes (macro biopsies) et les libéraux utilisent des équipements intra hospitaliers pour réaliser des actes comme le vasculaire ou l'interventionnel en dehors des pathologies mammaires.

Un GCS a été créé pour la gestion du matériel d'imagerie entre l'hôpital et le privé afin de fixer les objectifs en matière d'équipement lourd et de mutualiser les moyens matériels et humains. De manière symbolique et significative, lors de la présentation des dossiers devant l'ancien SROSS, les deux promoteurs étaient présents pour défendre la totalité des demandes. Des conventions ont été signées suivant les domaines (IRM, macro biopsie, etc.).

Le résultat est qu'une chaîne diagnostique et thérapeutique est en train de s'amorcer au bénéfice de tous, à commencer par le patient qui voit son délai de prise en charge raccourci. Les libéraux réalisent un volume d'examen de plus en plus important et l'hôpital de plus en plus de traitements oncologiques. Retombée imprévue, le service d'anatomopathologie de l'hôpital profite lui aussi de cette filière dans la mesure où nos prélèvements lui sont envoyés – ils étaient dispersés auparavant. Une messagerie apicrypt a été mise en place entre les deux services pour améliorer les délais de rendu des résultats et des protocoles mis en place. Au total, on espère donc une nette inversion des flux centrifuges qui pointent vers Paris.

Pour l'avenir

Si cette organisation du travail réussit et tient ses promesses, ce qui est déjà le cas, rien ne nous empêche d'aller plus loin. La décision des médecins libéraux de participer à la permanence des soins (PDS) publique à l'ouverture du nouvel hôpital de Jossigny est prévue dans la charte. Pour pouvoir exister, cette PDS doit s'appuyer largement sur la téléradiologie et être mutualisée de manière réaliste (entre autres, il n'y a pas de repos compensateur dans le privé). Par ailleurs, il est tout à fait envisageable de posséder dès

maintenant une seule et même base de données d'imagerie pour nos patients. Cette mutualisation rendra beaucoup plus efficace la chaîne d'imagerie ne serait-ce que par la suppression complète des examens redondants. Une importante condition préalable est une dotation en équipement lourde suffisante pour pouvoir assurer à tout moment le meilleur choix technique, la meilleure substitution et donc la meilleure efficacité diagnostique et économique dans chacune des entités.

En conclusion

L'obligation d'un rapprochement public-privé en imagerie médicale est maintenant une donnée de base qui doit s'imposer à tous les acteurs. Quand cela est possible, il est préférable de l'anticiper intelligemment et qu'elle ne nous soit pas imposée. Le socle indispensable à sa réussite repose sur la reconnaissance et le respect de l'un par l'autre. Le reste en découle presque naturellement. ■

PARTAGE D'ÉQUIPEMENT DANS UN CENTRE HOSPITALIER À MONTPELLIER

Auteurs

Dr A. Bengana
Dr Y. Hetmaniak

Centre d'imagerie Imacame,
clinique du Millénaire

Dr B. Gallix

Département d'imagerie
de l'hôpital Saint-Eloi,
Centre hospitalier
régional universitaire
de Montpellier

M. Perrochon

Expert comptable
Groupe Grant Thornton

Montpellier, France

hamid.bengana@wanadoo.fr

Le GIE du TRUEL exploite une IRM 3.5T. Ses règles de fonctionnement sont celles de toute structure analogue relevant du secteur libéral, à savoir la fixation des plages horaires d'exploitation attribuées à chaque membre, la participation de chacun des membres aux frais d'exploitation du GIE au prorata des heures attribuées, et l'affectation à chaque membre des forfaits techniques qu'il a effectués.

Cette organisation repose sur trois documents :

- **Les statuts du GIE** fixent les règles principales entre les membres et en particulier leurs droits et devoirs respectifs ;
- **Le règlement intérieur** précise l'ensemble des règles de fonctionnement. Il intègre le planning de répartition des heures d'exploitation attribuées à chaque membre ;
- **La convention d'occupation du domaine public et de mise à disposition de moyens** est un contrat signé par le GIE et l'hôpital qui permet à ce dernier de fournir les locaux nécessaires à l'exploitation ainsi qu'une partie des moyens (manipulateurs en particulier).

Chaque membre du GIE remonte dans sa propre comptabilité les forfaits techniques correspondant à son activité et participe aux charges du GIE au prorata des temps alloués. Le recrutement d'un gestionnaire (Directeur administratif et financier) pourra favoriser une gestion transparente et efficace. La particularité du GIE ne réside donc pas dans son mode de fonctionnement ni dans l'originalité du montage juridique, mais dans le fait que cette organisation ait pu être mise en place par la seule volonté des initiateurs du projet qui désiraient partager ce matériel avec des professionnels du secteur privé.

Le point de vue des médecins libéraux

Les avantages :

- l'accès à un nouvel appareil d'IRM ;

- la rencontre fréquente et régulière des équipes hospitalo-universitaires ;
- les échanges sur les protocoles de réalisation ;
- le partage d'expériences, notamment sur les protocoles qualité ;
- les discussions sur les dossiers et les conduites à tenir.

Les difficultés :

Si l'organisation opérationnelle, au quotidien, repose sur la collaboration entre les médecins du public et du privé, il n'en reste pas moins que nous évoluons au sein d'une structure lourde et complexe. Par exemple, la simple gestion des autorisations d'accès à l'enceinte du Centre hospitalier universitaire (CHU) pour les patients des médecins libéraux et pour les médecins libéraux eux-mêmes est parfois délicate. Le second inconvénient, majeur à mes yeux, est que ce type de matériel est situé dans les locaux du CHU, et non dans notre lieu d'exercice habituel. Les conséquences en termes de gestion des plannings des médecins, des prises de rendez-vous et d'accès pour les patients sont de véritables difficultés au quotidien.

Il faudrait également être vigilant et ne pas déplacer la problématique de pénurie de médecins dans le public – pour des raisons multiples qui dépassent le cadre réducteur et simpliste de la rémunération – vers des difficultés pour réaliser les plannings des médecins libéraux à cause de la multiplication des sites d'exercice (la pénurie de médecins intéresse aussi la sphère libérale).

Si l'on veut renouveler de façon pérenne ce type de fonctionnement, les conditions devront tenir compte des besoins de la population et de la nécessaire volonté des différents acteurs de travailler ensemble. En effet, la confiance entre les médecins du public et du privé est absolument nécessaire à la réussite de ces projets. S'ils ne souhaitent pas travailler ensemble, les équipes de manipulateurs et les secrétaires en poste sur le site refuseront de travailler avec des médecins du privé et le projet sera un échec. Il s'agit avant tout de projets médicaux, qui reposent sur la confiance entre les différents intervenants.

Le point de vue du secteur public

En 1996, l'ordonnance Juppé ajoute aux formules existantes de coopération hospitalière la communauté d'établissements et le groupement de coopération sanitaire (GCS), afin de favoriser les rapprochements entre les établissements dans une perspective de maîtrise des dépenses et de qualité. La modification de l'offre de soins est la raison profonde de la nécessité pour les hôpitaux, quelle que soit leur taille, de coopérer avec les établissements de soins privés et avec les établissements de soins privés participant au service public. Cette coopération est au centre d'enjeux considérables. Elle répond au souci de travailler ensemble, de partager des moyens, des ressources et des compétences, et ouvre la voie au décloisonnement du système de santé régional.

C'est dans ce cadre que nous avons mis en place un regroupement privé-public, sous forme d'une GIE regroupant le CHRU de Montpellier, le centre anticancéreux et les radiologues libéraux de l'Hérault, pour acquérir et faire fonctionner une IRM sur le site de l'hôpital Saint-Eloi. Nous souhaitons une meilleure prise en charge des patients de l'agglomération de Montpellier et le développement d'un réseau de compétences et de référence régionale dans le domaine des explorations IRM en cancérologie et en pathologie abdominale et digestive dans le Languedoc-Roussillon. Il s'agit donc d'un équipement ayant une forte orientation oncologique et répondant au besoin du CHU, du centre anticancéreux et des radiologues libéraux pour cette thématique. Les radiologues des trois sites se partagent le temps d'activité d'imagerie quotidienne avec les mêmes règles de travail dans l'optique d'un partage de compétences spécifiques.

Ce regroupement s'est fait dans un contexte de sous-équipement majeur en IRM dans la région équivalent à celui qui existait pour le scanner il y a vingt ans. Les importants délais d'accès et la sursaturation des équipements existants ne permettaient pas la réalisation d'exams IRM aux indications pourtant reconnues et validées, et empêchaient

la validation d'indications nouvelles dans des conditions d'évaluation réglementaire et éthique. Dans le domaine de la cancérologie, l'importance des délais d'attente constitue incontestablement une perte de chance pour les patients en retardant la mise en place des traitements ou en conduisant le clinicien à se passer d'exploration IRM, même si l'indication est validée et semble indispensable pour une prise en charge optimale de son malade.

Ce rapprochement a permis au CHU d'optimiser l'utilisation des équipements par une meilleure gestion des flux de travail grâce aux compétences des médecins libéraux. Parallèlement, le pilotage par une équipe universitaire garantit l'optimisation des protocoles, une intégration rapide des innovations technologiques, et une évaluation scientifique des prises en charge afin d'améliorer la qualité du service rendu et sa pertinence. Après deux années de fonctionnement, la productivité globale du GIE est de 2,5 patients par heure avec plus de 70 % du nombre total de patients qui bénéficient d'une injection de produit de contraste. Le « débit » dépend plus du type d'activité que du statut des praticiens. Le personnel est identique quel que soit l'utilisateur : les manipulateurs sont des salariés du CHU mis à disposition du GIE et indirectement payés par celui-ci ; les secrétaires sont directement salariées par le GIE. Cette coopération favorise la mise en réseau des compétences et la formation médicale continue de terrain par échange direct entre les praticiens sur le plateau.

En conclusion

L'intérêt de ces associations sur le plan médical réside dans l'échange des qualités traditionnelles de chacun des partenaires. Elle permet au secteur libéral de bénéficier des dernières techniques d'exploration et des protocoles les plus récents du CHU. L'expérience du secteur libéral peut apporter, en ces temps où la rentabilité est de plus en plus d'actualité, la souplesse et l'habitude de méthodes d'organisations plus légères et plus adaptées. Quel que soit son lieu d'implantation (par exemple au sein d'un CHU), l'association peut être totalement indépendante de la gestion hospitalière et avoir recours à un cabinet de gestion comptable privé.

Si l'on tient compte d'un nécessaire équilibre pour les autorisations de matériels lourds entre les structures publiques et libérales, ce type de collaboration est une troisième voie qui doit s'envisager à long terme, à l'échelle d'un territoire de santé et en dehors de logiques concurrentielles entre établissements. Les Agences régionales de santé ont désormais le rôle, difficile, de trouver ces points d'équilibre. ■

EANM'11

Abstract submission,
registration and hotel
reservation at

**ANNUAL CONGRESS OF THE EUROPEAN
ASSOCIATION OF NUCLEAR MEDICINE**
October 15 - 19, 2011 · Birmingham, UK



www.eanm.org



For more information please contact
EANM Executive Secretariat

Hollandstrasse 14/Mezzanine · A-1020 Vienna · Austria

Tel: +43-1-2128030 · Fax: +43-1-21280309 · E-mail: info@eanm.org

UN CENTRE D'IMAGERIE LIBÉRAL SUR UN SITE HOSPITALIER **DANS LE NORD**

Le pôle de santé du pays de Matisse est né de la réunion, sur un même site, de trois structures différentes tant par leur entité que par leur fonctionnement dans le but de pérenniser, dans une région fortement défavorisée, une offre de soins adaptée. Il est formé par :

1. le centre hospitalier, structure publique, propriétaire des locaux ;
2. la clinique des hêtres, structure d'hospitalisation privée, avec concession de service public, dont l'activité est chirurgicale ;
3. le centre d'imagerie médicale de « Le Cateau-Caudry », société d'exercice libéral.

Cette coopération entre le centre hospitalier et la clinique est ancienne : dès 1994, les deux structures avaient lié des liens conventionnels de partenariat. La décision de regroupement des deux établissements a été autorisée par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en mai 1999 et la convention définitive de regroupement signée par l'ensemble des parties en décembre 2001. La convention précisait les coûts de l'opération, les autorisations techniques et financières, et la contribution financière et non financière des quatre partenaires que sont l'ARH, le centre hospitalier, la clinique des hêtres, et la radiologie.

En décembre 2006, après construction d'un nouveau bâtiment et réaménagement de l'ancien hôpital, la clinique des hêtres a intégré les nouveaux locaux, puis le cabinet d'imagerie s'est installé sur le pôle de santé du Pays de Matisse en juillet 2007. Le scanner accordé en 2005 a été installé et l'autorisation de fonctionner a été donnée en décembre 2007.

La situation géographique

Le Cateau-Cambrésis, 7 460 habitants, chef lieu du canton du Catésis (17 406 habitants) regroupant 18 communes, est une ville historique du département du Nord qui a vu naître Matisse. Un superbe musée lui est consacré, situé au sud du département, à proximité du département de l'Aisne.

Comme beaucoup d'endroits dans notre région, nous travaillons dans un territoire de santé des plus difficiles avec un taux de chômage à 25 %, un taux de mortalité prématuré, toutes causes confondues, de 40 % supérieur à la moyenne nationale et un taux de mortalité par cancer su-

périeur de 10 à 70 % en fonction de la localisation par rapport aux moyennes nationales. Seule exception, les cancers des voies aérodigestives supérieures chez la femme avec un taux de mortalité inférieur de 70 %.

Le Cateau présente une situation géographique particulière : la ville est éloignée de 30 à 40 kms des villes voisines où l'on peut trouver une structure hospitalière publique ou privée ; c'est cela qui lui confère une attractivité importante malgré sa petite taille, d'ailleurs en hausse depuis le regroupement. A contrario l'absence de regroupement aurait entraîné à plus ou moins long terme la disparition des structures d'hospitalisation.

Le regroupement des structures d'imagerie

Historiquement, une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL) d'imagerie, constituée de deux cabinets d'imagerie situés au Cateau et à Caudry, villes distantes de 10 kms, assurait également l'imagerie dans la clinique ; cette activité sur trois sites n'était pas toujours simple, surtout dans la prise en charge des urgences. Le cabinet de Caudry a été maintenu, et les prestations d'imagerie pour les autres structures (cabinet du Cateau, clinique et hôpital) ont été regroupées sur le pôle de santé, ce qui nous a permis de simplifier et d'améliorer le service rendu au patient en réalisant dans des délais les plus courts possibles une imagerie adaptée à la pathologie suspectée, dans l'esprit du bon usage des examens radiologiques. D'autres raisons plus techniques comme l'ancienneté des bâtiments, leur aspect peu fonctionnel et en particulier un accès au cabinet de radiologie peu pratique pour les personnes à mobilité réduite et les brancards ont également été des arguments déterminants.

L'engagement de fermer et de transférer le cabinet du Cateau sur le site du pôle de santé a été pris lors de la signature définitive de la convention entre les partenaires et l'ARH, le directeur de l'ARH ayant pris à cette date l'engagement d'autoriser l'installation d'un scanographe sur le site. Cet engagement a été un argument important dans notre décision puisqu'il nous permettait d'améliorer considérablement le service rendu aux patients en diminuant les délais d'attente et les distances à parcourir pour réaliser ces examens, et par ailleurs de réaliser des explorations de qualité dans des vacations moins surchargées.



Auteur
Dr Jean-Paul Duez

Cabinet d'imagerie médicale
Pôle de santé
du Pays de Matisse
Le Cateau-Cambrésis, France

duetz_jean-paul@orange.fr

Le bilan

Avec bientôt quatre ans de recul, l'intérêt d'un tel regroupement est indéniable. Voici les chiffres relatifs à l'augmentation de l'activité de 2006 à 2010 :

- Médecine, chirurgie et obstétrique : + 53 %
- Passages aux urgences : + 71 %
- Consultations : + 100 %
- Maternité : augmentation du nombre d'accouchements de plus de 6 % par an
- Activité chirurgicale : + 20 %
- Consultations en radiologie : presque 100 % d'augmentation par rapport à 2006, en partie grâce à l'imagerie de coupe (en 2008, première année d'installation du scanner, nous avons reçu 6 685 patients pour 8 300 FT et en 2010, 8 320 patients pour un peu moins de 11 000 FT).

En corollaire, il y a eu l'arrivée d'un nouvel associé. Le pouvoir attractif est réel pour de jeunes radiologues mais aussi pour les médecins généralistes de la région : environ 40 médecins sont venus compléter la structure en y installant, jouxtant le service d'accueil et des urgences (10 800 passages en 2010), une maison médicale de garde où ils réalisent plus de 2 800 consultations par an. Il faut également signaler une augmentation significative du recrutement pour l'ensemble des partenaires du regroupement sur les cantons du nord de l'Aisne et qui représente pour notre service d'imagerie presque 30 % de l'activité.

Une amélioration de la prise en charge du patient

Au-delà de ces chiffres, le résultat le plus probant est sûrement l'amélioration de la prise en charge du patient au sein de la structure : grâce à une coopération médicale de tous les instants, le patient est accueilli par le service des urgences (public), bénéficie éventuellement d'une imagerie (libérale), puis d'un avis spécialisé (public ou libéral) sans se rendre compte de cet aspect administratif. Il en résulte une amélioration des pratiques professionnelles inter structures et une amélioration des conditions de travail, le décloisonnement des structures permettant la communication directe entre les différentes directions.

L'attrait de la structure a eu des conséquences pour les trois partenaires : il nous a été facile de trouver un associé supplémentaire, comme de trouver des médecins radiologues compétents pour les remplacements lors des congés, et la clinique a accueilli des spécialistes (dermatologue, chirurgiens viscéraux et urologues). De nouveaux praticiens sont

venus compléter le personnel médical de la structure publique en maternité, du service d'accueil et des urgences garantissant ainsi, en présence de médecins séniors, une prise en charge de qualité. De plus, les directions travaillent toujours ensemble au développement de l'outil de travail et nous devrions prochainement proposer à l'Agence régionale de santé (ARS) un projet médical unique et commun aux trois structures.

Les conséquences et effets bénéfiques inter structurels sont d'abord et avant tout, grâce à la synergie et au transfert des compétences de chacun, une sécurité de la prise en charge et une amélioration des pratiques professionnelles. L'exemple le plus concret en est la réalisation des examens d'imagerie, en particulier scannographiques, demandés en urgence qui sont toujours effectués, compte rendu écrit compris, dans l'heure qui suit la demande, dans les quatre heures pour un examen semi urgent et dans les 24 heures pour une demande sans spécification, ce qui permet de diminuer les délais d'attente des patients et d'abaisser la durée de séjour, tant à l'hôpital qu'à la clinique.

Le regroupement a aussi une conséquence financière : une économie importante a été réalisée en mutualisant les besoins tels que la prise en charge hôtelière ou le bionettoyage. La disponibilité d'un scanner sur place a également permis de diminuer les coûts de transports. Cet exemple est assez représentatif de la dynamique gagnant-gagnant en activité des partenaires public-privé.

En conclusion

Ce que nous avons réalisé sur le site du pôle de santé du Pays de Matisse peut être reproduit dans des villes où coexistent des structures de soins comme les nôtres. Il faut pour cela avoir la volonté de dépasser les préjugés : si on part du principe que secteurs public et privé ont le même objectif, à savoir la prise en charge du patient et de sa pathologie, que le service rendu aux patients étant de meilleure qualité le taux de fuite diminue de façon significative, et qu'un cabinet d'imagerie disposant d'un scanner et d'une IRM permet à la fois de respecter le bon usage des examens d'imagerie et de réduire de façon significative le coût de la prise en charge globale d'un patient hospitalisé par la réalisation d'examens adaptés à chaque pathologie, on peut alors jouer pleinement le « jeu » de la substitution. Reste que de tels regroupements ne pourront sûrement pas à eux seuls empêcher la désertification médicale, mais peut-être pourront-ils la ralentir. ■

European Congress of Radiology

ECR 2012

Vienna
March 1–5

Abstract Submission Scientific Papers: July 5 – September 18, 2011

Poster Abstract Submission for EPOS™: all year long!

Online Registration: starts October 2011



The annual meeting of  **myESR.org**

L'utilisation de la Tomosynthèse augmente la fiabilité du diagnostic dans les examens de dépistage

HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY, HAUTS-DE-SEINE, FRANCE

Situé dans les Hauts-de-Seine, juste à l'extérieur de Paris, le Centre d'Imagerie Médicale de l'Hôpital Privé d'Antony dessert les habitants de la région Ile-de-France en offrant une gamme complète de soins de sénologie qui comprend la mammographie, la biopsie mammaire assistée par aspiration, et l'échographie. En juin 2009, l'hôpital est devenu le premier site d'imagerie du sein de la région en se dotant d'un système de Tomosynthèse Hologic® Selenia® Dimensions®.

“La Tomosynthèse nous permet d'être plus confiant lors du diagnostic”, note le radiologue Pierre Gignier, et notre flux de travail a gagné en efficacité puisque nous avons diminué le nombre de clichés supplémentaires.”

“La Tomosynthèse m'aide à effectuer des biopsies de lésions que je n'aurais pas vues sur des images en deux dimensions.”

L'Hôpital Privé d'Antony offre une capacité de 400 lits, il possède un système 2D+3D Selenia Dimensions, un système de détection assisté par ordinateur (CAD) Hologic ImageChecker® et un système de macrobiopsie accessible. Les images sont stockées sur le PACS de l'hôpital. Pendant la première année d'exploitation; le Centre a réalisé 5000 examens avec le Selenia Dimensions 2D + 3D.

Le Dr Gignier, spécialiste en imagerie du sein, est responsable de la sélection de

nouvelles technologies pour le Centre d'Imagerie Médicale. “Nous implémentons la technologie de pointe en permanence pour augmenter notre niveau de performance en imagerie”, déclare le Dr Gignier.

La Tomosynthèse élimine les faux positifs dus à la superposition des tissus

La Tomosynthèse est une technologie d'imagerie en 3D qui réduit le problème des faux positifs dus à la superposition de tissus. Un tube à rayons X tourne selon un arc réduit autour du sein en prenant 15 images en une seule compression. En quelques secondes le logiciel du système reconstitue le sein en une succession de coupes séparées de 1mm. Les images peuvent être visionnées une par une ou en mode continu,

permettant la détection d'anomalies qui peuvent être cachées par du tissu dense ou en superposition.

Selon le Dr Gignier, les patientes montrant une densité de sein ACR BI-RADS de catégorie 2 ou 3 bénéficieront le plus des mammographies de dépistage avec Tomosynthèse. “La Tomosynthèse nous permet d'éliminer une image faussée par la superposition des tissus. Nous avons trouvé des cancers grâce à nos images de Tomosynthèse qui n'étaient pas visibles sur des images 2D.”



Le Dr Gignier a choisi le système Hologic Selenia Dimensions parce qu'il dispose des fonctions 2D et 3D sur le même système. “Le système Hologic Selenia Dimensions est le seul produit sur le marché qui nous permet d'utiliser l'imagerie 2D + 3D comme outil de routine”, déclare le Dr Gignier. Pour un examen de sein normal en Tomosynthèse, le Dr Gignier utilise la Tomosynthèse sur les 2 incidences.

“Nous nous servons du Selenia Dimensions en mode combiné, qui prend les images en 2D et 3D en une seule compression.”

Le Dr Gignier a constaté que les images en 2D tout comme en 3D offrent une bonne visualisation des microcalcifications tandis que la Tomosynthèse permet de mieux voir les masses et distorsions, et permet une meilleure détection des cancers à foyers multiples.

Le système réduit la nécessité de clichés complémentaires ; cela améliore le flux de travail

La Tomosynthèse aide le Centre d'Imagerie à mieux gérer son flux de travail en éliminant les clichés complémentaires, devenus superflus. "Bien que la Tomosynthèse offre plus d'images de qualité plus détaillée, il n'en coûte pas plus de temps pour lire les images 2D+3D qu'il n'en fallait précédemment quand nous devions souvent lire des clichés complémentaires. La Tomosynthèse aide à répondre à des questions soulevées par des images convergentes donc nous n'avons plus à demander de clichés supplémentaires, ce qui améliore sensiblement le flux de travail", dit le Dr Gignier. "Cela signifie que les techniciens peuvent consacrer ce

temps au positionnement et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de l'examen du sein."

Les biopsies de lésions suspectes avec le système Selenia Dimensions

La possibilité d'effectuer des biopsies de lésions suspectes était un critère à remplir lors de la sélection par le Dr Gignier du système 3D Hologic Selenia Dimensions." Je cherchais à travailler avec un partenaire et une société qui était prête à m'aider à développer une biopsie sous Tomosynthèse", déclare le Dr Gignier." Trouver une lésion suspecte en Tomosynthèse que nous ne voyions pas en 2D, sans être à même de réaliser sa biopsie ne m'aurait pas satisfait. C'est pourquoi le choix de Hologic s'est révélé capital."

Le docteur effectue des macrobiopsies sous Tomosynthèse et estime qu'elle aide aussi à la réalisation d'échographie plus ciblée. "Il est très facile de réaliser des biopsies de masses, de distorsions ou de microcalcifications en employant la Tomosynthèse", déclare le Dr Gignier. "Nous avons réalisé plus de 100 procédures de ce type à ce jour. La Tomosynthèse me permet d'effectuer des biopsies de lésions que je n'aurais pas pu visualiser sur des images 2D."

"Je crois à la Tomosynthèse, conclut le Dr Gignier." Plus je l'utilise, plus j'y crois".

Les commentaires exprimés dans cet article reflètent les opinions et expériences des auteurs et pas nécessairement celles d'Hologic.



Selon le Dr Gignier, la Tomosynthèse l'aide à répondre à des questions soulevées par des images convergentes, et, dès lors, il ne doit plus demander de clichés complémentaires.



PRÉVENIR LA MALTRAITANCE ET TENDRE À LA BIENTRAITANCE

Comment redonner du sens à notre mission de soignant



Auteur
Dr Michel Schmitt

Chef de Pôle
Imagerie Médicale
Hôpital Albert Schweitzer
Colmar, France

michel.schmitt@ghca.fr

Nous sommes nous orientés vers les métiers du soin uniquement pour faire de la gestion, des statistiques et autres analyses d'activité ? Vraisemblablement pas... Les mesures d'efficience sont aujourd'hui nécessaires, mais l'étude de l'activité médicale ne doit pas déboucher sur la seule performance économique. L'analyse qualitative, au premier rang de laquelle la relation avec la personne soignée, le respect, l'humanité, doit rester notre priorité. Notre action, toute entière tournée vers la personne soignée, doit être riche de sens et de valeurs. Pour être bientraitant, le soignant doit se sentir bien traité et sécurisé. De la relation de confiance établie avec les tutelles découlera son adhésion aux procédures d'évaluation et de mesure des activités qui prendront alors sens, dans le cadre d'une amélioration de la qualité.

On n'améliore vraiment que ce que l'on mesure :

- les délais de rendez-vous sur les équipements lourds sont en France un problème de santé publique ; ils suscitent l'inquiétude des patients, persuadés de perdre des chances de guérison : ces délais doivent être mesurés, analysés et compris ;
- les délais de transmission des résultats sont très souvent excessifs et provoquent l'angoisse de la personne soignée et des tensions avec le corps soignant : des mesures et des analyses sont indispensables ;
- la prescription des examens (ou plutôt la demande d'investigations complémentaires) doit être présentée, sur la base de critères médicaux, au soignant qu'est le radiologue. Il décidera alors de la meilleure conduite à tenir en fonction de la réflexion bénéfiques/risques qui sera tracée ;
- les rendez-vous non honorés perturbent le travail des soignants et privent certaines personnes d'un examen plus précoce ;
- le niveau d'activité par salle, par procédure, par soignant et donc par radiologue, doit être connu.

Ces mesures seront suivies dans un « tableau de bord » mensuel. Cette étape franchie et comprise par le soignant comme partie d'une démarche vers la qualité de la prise en charge des personnes, le véritable travail visant à « prévenir la maltraitance et à tendre à la bientraitance » pourra être entrepris.

La bientraitance n'est pas absence de maltraitance. La maltraitance, risque consubstantiel à toute structure accueillant des personnes vulnérables, peut souvent et doit être prévenue. L'objet de ce travail est de présenter notre expérience, non comme un exemple mais comme une contribution à la remise en cause de nos pratiques, qui ne peut qu'être collective et partagée.

Ce n'est que tout récemment que le secteur médicochirurgical et obstétrical a commencé à aborder ces questions en France. En attestent l'engagement de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a publié en janvier 2010 un rapport sur la maltraitance « ordinaire » et celui de la Ministre française de la Santé qui a déclaré lors du discours d'inauguration d'Hôpital Expo en mai 2010 : « Je veux promouvoir la bientraitance, c'est-à-dire la manière dont chacun est pris en charge, dans sa singularité, au moment de sa vie où il est vulnérable, dépendant de l'autre pour ses besoins les plus élémentaires. Je veux faire de la bientraitance un axe fort de ma politique. »

Redonner du sens au soin

I. UNE PRISE DE CONSCIENCE

La maltraitance est habituellement considérée comme « le fait de l'autre » si elle n'est pas, plus prosaïquement, l'objet d'une démarche négationniste qui n'honore pas les valeurs éthiques dont nous nous prévalons. Sous bien des aspects, la médecine est déshumanisée. Par l'indifférence du soignant ou par la référence continue aux chiffres, la personne malade n'est plus qu'un numéro faisant partie d'une étude ; les jours gagnés ne sont plus des moments de vie mais des chiffres qui viennent alimenter des statistiques.

Qui se soucie de la qualité de survie et du ressenti des personnes malades ? Qui organise la communication et l'information qui leur sont dues ? Peut-on envisager une organisation médicale sans pensée ou parole pour les souffrances endurées par des hommes et des femmes qui voient leur vie basculer pour progressivement disparaître ? Sans prise en compte des drames vécus par les familles et les

proches qui voient un être cher souffrir – parfois vainement – et se sentent inutiles dans cette lutte pour la vie, car non associés et non informés ? Est-ce là l'approche médicale que nous voulons ? Est-ce ainsi que nous souhaiterions personnellement être pris en charge ? Désirons-nous promouvoir une activité uniquement technique ou une approche humaine de la personne qui se confie à nos soins ?

2. DÉVELOPPER UNE ACTION FÉDÉRATRICE ET MOTIVANTE POUR L'ÉQUIPE DE SOIN

Le soignant ne peut être bien traitant s'il ne se sent pas lui-même bien traité. Or, nombre de soignants sont aujourd'hui désemparés : ils se sont engagés en fonction de valeurs morales et humaines qu'ils ne retrouvent pas toujours au quotidien et ils souffrent du manque de temps, de la surcharge de travail due à des problèmes démographiques prévisibles mais non gérés, de la crise actuelle mais surtout de maints défauts organisationnels et lacunes institutionnelles. Les soignants doutent : ils doutent du temps consacré à leurs études, du temps pris à leur famille, du sens de leur travail et de leur hiérarchie souvent insuffisamment présente ou communicante. Ces ingrédients les rendent progressivement indifférents à la souffrance qui les entoure. Au fil du temps et de l'usure, ils deviennent des maltraitants « ordinaires ».

Les regroupements actuels des plateaux techniques permettent certes de limiter les déplacements des personnes soignées, d'optimiser les durées d'hospitalisation, de mieux gérer les urgences en garantissant la sécurité des patients, de substituer de façon optimale les examens, mais ils entraînent souvent une recomposition des équipes, avec un risque de déstabilisation. « Prévenir la maltraitance pour tendre à la bienveillance » donne une extraordinaire occasion de redonner du sens au soin et à la mission du soignant.

Notre expérience

Notre structure a été créée par le regroupement (administratif en 1997 puis géographique dans un hôpital neuf en 2007) de trois établissements ayant des niveaux d'activité, des cultures et des traditions très différents. Le risque était grand de :

- mettre en place une « usine de soins » venant par sa taille, ses équipements et ses contraintes d'activité se substituer aux hôpitaux de proximité que les personnes soignées et les membres du personnel appréciaient ;
- mal intégrer des équipes soignantes jusqu'alors « concurrentes » et ayant des pratiques socioprofessionnelles du soin différentes ;

- ne pas réussir à définir une « culture du soin » partagée, fédératrice et facilitatrice.

Même si un hôpital neuf permet d'améliorer la prise en charge hôtelière et de mettre en œuvre des améliorations technologiques, l'analyse qualitative, même rapide, du fonctionnement d'un service laisse apparaître des risques de dysfonctionnement et donc de maltraitance. Nous avons mené des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels de santé correspondants, extérieurs ou internes à notre établissement. Se posaient ainsi à nous des problèmes d'amélioration (et donc de mesure) de nos prestations, de notre organisation, ainsi que le besoin de redynamisation de notre équipe. Pour leur trouver une solution et recentrer l'équipe sur les valeurs du soignant et sur le sens du soin, un groupe de travail a été mis en place, avec mission d'écrire les valeurs fondamentales partagées par l'équipe, de lister les conduites inacceptables pour l'équipe, puis de rédiger la trame d'une Charte Qualité déclinée en « fiches techniques » immédiatement applicables.

Parallèlement, il a été demandé à la MEAH (Mission d'Évaluation et d'Audit Hospitalier), maintenant regroupée au sein de l'ANAP (Agence Nationale d'Aide à la Performance) de mener, en 2007 et 2008, une mission visant à mettre en place des mesures objectives et opposables d'efficacité, basées sur des indicateurs précis tels les délais de rendez-vous, le taux de remplissage des salles d'examen, le délai de transmission des comptes rendus, mais aussi l'activité par praticien et par modalité. Ces différents indicateurs d'activité « économique et administrative » non qualitative sont regroupés dans un « tableau de bord » mensuellement remis et commenté à tous les professionnels sans aucune restriction de contenu.

1. LE GROUPE DE TRAVAIL : UNE MISSION LIMITÉE DANS LE TEMPS

Sa composition est importante pour garantir des discussions équilibrées et efficaces. Au début, il a été formé de quatre représentants des usagers (un représentant « institutionnel » membre de la CRUQ PC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge), trois patients choisis en fonction de leurs compétences (une infirmière libérale, une ambulancière et un psychologue, directeur de « Maison d'Enfant à Caractère Social », auquel a été confiée l'animation du groupe) et de quatre représentants des professionnels du service – un agent des services hospitaliers (AHS) et trois manipulateurs en radiologie (MER). Actuellement, il est animé par un MER et comprend cinq usagers et six professionnels

(un AHS, trois MER et deux secrétaires). Des affichettes pour le « recrutement » de nouveaux représentants des patients sont disposées dans les salles d'attente.

Pour favoriser la libre expression, la formulation de critiques constructives et l'évaluation juste des mauvaises pratiques, l'encadrement ne participe pas aux réunions. L'introduction et la conclusion des réunions sont faites par le chef de pôle qui veille autant à la cohérence des débats qu'à leur fixer un rythme et des thèmes. Il est à l'écoute des membres du groupe. Les réunions ont lieu à échéance régulière (tous les deux mois en composition plénière, tous les quinze jours pour la composante « professionnels »).

2. DES VALEURS FONDAMENTALES CENTRÉES SUR LE RESPECT

Des valeurs fondamentales, centrées sur le respect dû à la personne prise en charge, sont déclinées en actions pratiques. Ce respect doit tendre à générer une réciprocité de la part des personnes accueillies afin de garantir une véritable relation de compréhension et de confiance.

- Le patient ne se résume pas à un champ d'exploration ou à un objet d'examen : il est homme, riche de ses valeurs, de son histoire, de son vécu social, moral et affectif et le cas échéant de ses croyances et de sa religion ;
- Le soin ne se limite pas à un geste technique : la personne accueillie est prise en compte dans sa globalité ;
- La famille fait partie de l'univers de la personne accueillie ;
- Toute personne doit être prise en charge dans des conditions de sécurité optimales, tant physiques que psychologiques ;
- La personne particulièrement vulnérable doit être accueillie de manière adaptée ;
- Toute personne accueillie a droit à des soins personnalisés et à des prestations de qualité, tant au plan médical que psychologique ;
- La maltraitance est un acte inacceptable et répréhensible.

3. LES CONDUITES INACCEPTABLES SONT TRACÉES DANS LE DOSSIER

Les conduites inacceptables et maltraitantes sont, de façon non limitative, hors urgence ou contrainte médicale particulière, notifiées et tracées dans le dossier de l'usager :

- les privations des besoins essentiels, primaires ou secondaires ;
- les atteintes à la dignité ou à l'intégrité physique, psychologique ou morale (menacer, faire peur, intimider, abuser de son autorité de soignant, etc.) ;
- les corrections physiques et les brimades psycho-

- logiques qu'elles soient directes ou indirectes ;
- les comportements d'omission, de complicité ou de négligence ;
- le non respect de la déontologie et de l'éthique professionnelle ;
- l'évocation sans raison de la maladie, du diagnostic, des conditions sociales, des origines et croyances, de la religion et de la race, afin d'humilier la personne accueillie ;
- le non-respect de la liberté de l'humain, en particulier en matière de pensée, de religion, de croyances, dans la limite de la prise en charge des situations d'urgence ;
- le non respect de l'obligation de signalement des conduites maltraitantes.

« Est considérée comme inacceptable ou maltraitante toute conduite ayant pour effet direct ou indirect de causer un tort, un dommage, de porter préjudice tant au plan physique que moral, à toute personne accueillie, et ce tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Est inacceptable et maltraitante toute conduite reniant les valeurs fondamentales et partagées du pôle d'imagerie. »

4. LA CHARTE QUALITÉ REDONNE SENS À NOS ACTIONS

La Charte qualité « Tendre à la bientraitance pour prévenir la maltraitance » résume nos valeurs, engage les professionnels et donne sens à leur action envers l'humain. Elle met en avant la fierté du soignant à développer des actions éthiques. Elle fait partie du règlement intérieur du département : elle est expliquée à tout nouvel arrivant, signée par lui et communiquée aux patients (affichage dans les salles d'attente, les cabines de déshabillage, les couloirs, etc.).

5. LES FICHES TECHNIQUES, DÉCLINAISONS OPÉRATIONNELLES DES TRAVAUX DU GROUPE, SONT INDISPENSABLES

Pragmatiques, elles donnent vie aux réflexions qui ne doivent pas rester du seul champ « philosophique » : elles doivent porter sur des thèmes sensibles motivant le personnel.

Douze fiches sont actuellement rédigées et appliquées :

- Attente des patients hospitalisés en salle d'attente dédiée ;
- Communication avec les patients et entre professionnels lors d'exams lourds ou invasifs ;
- Prise en charge de personnes très âgées ou aux facultés de communication perturbées ;
- Respect de la nudité et de l'intimité (tant physique

CHARTRE DE PREVENTION DE LA MALTRAITEMENT « Pour tendre à la BIEN-TRAITEMENT »

Pour nous, Membres du Département d'Imagerie du Groupe Hospitalier du Centre Alsace
la maltraitance se définit par tout acte, volontaire ou non, attitude, propos, négligence, omission ou absence d'action, portant atteinte à l'intégrité de la personne.

La maltraitance ne se limite donc pas à ignorer ou « mal agir ».

Nous serions maltraitants si les gestes techniques que nous effectuons n'étaient pas réalisés dans le cadre d'une prise en charge globale du patient,

accueilli comme une personne, être humain unique, digne de respect.

Notre démarche nécessite la prise en compte de l'état psychologique et physique de la personne que nous rencontrons.

La maladie, l'âge, la dépendance, la séparation d'avec les proches et l'éloignement du cadre habituel de vie, la culture et les croyances, les difficultés de compréhension ou d'expression, le sentiment de déchéance physique ou morale, affectent les capacités des patients à réagir et à se défendre.

Toute personne accueillie en structure de soin est, de fait, vulnérable. Pour cette raison, forts de notre éthique professionnelle, nous voulons ancrer nos actions dans des valeurs d'humanisme, de solidarité et d'empathie, d'ouverture d'esprit, de respect de l'intégrité des autres et des différences de chacun

La qualité du service que nous devons, afin de répondre au mieux aux missions de service public qui sont les nôtres, nous oblige à développer au sein du Département une culture de bien-veillance qui seule permet, par un travail continu, de maintenir au quotidien l'attitude bienveillante garante de nos engagements

La bien-veillance n'est pas le simple contraire de la maltraitance. Elle trouve ses fondements dans le respect de la personne, sa dignité et sa singularité.

Elle nécessite la promotion du bien-être du patient.

La bien-veillance procède d'une culture partagée qui reconnaît et valorise les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoin pour aboutir à une réponse diagnostique et thérapeutique adaptée.



Nos engagements

Nous sommes fiers de nous engager à agir selon les valeurs fondamentales que nous partageons, telles le respect de la personne humaine, l'empathie, d'où découlent les attitudes et postures professionnelles suivantes :

- Adopter en toutes circonstances, une attitude professionnelle et agir avec discernement, dans le respect de la personne accueillie
- Expliquer clairement et de façon adaptée le déroulement des examens au patient et recueillir son consentement éclairé
- Adopter dans nos relations professionnelles un langage approprié à chaque situation
- Mener tout dialogue avec patience et douceur, dans un esprit d'écoute, en nous assurant de la bonne compréhension de nos propos
 - Veiller à mettre en place un climat de confiance
 - Respecter la culture et les croyances de la personne accueillie
- Accorder une attention particulière à l'entourage et à la famille du patient
- Faire preuve du plus grand respect pour la pudeur et la dignité de la personne se confiant à nous
 - Assurer la sécurité et le confort des personnes accueillies
- Respecter les protocoles de prise en charge et les guides de bonne pratique professionnelle
- Agir dans le cadre des responsabilités définies par nos fonctions et dans le respect de nos collaborateurs
- Signaler sans délai à la hiérarchie tout acte, attitude, propos, négligence portant atteinte à l'intégrité de la personne
 - Perfectionner nos connaissances tout au long de notre carrière
- Prendre appui sur le travail en équipe, facteur essentiel de la prévention de la maltraitance
 - Procéder de façon régulière à une évaluation du niveau ressenti de satisfaction des personnes prises en charge

que psychologique) des personnes ;

- Dispositif d'annonce du cancer et des maladies graves ;
- Suivi des actions menées dans le domaine de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bien-veillance ;
- Réduction du délai de mise à disposition des comptes rendus et autres courriers ;
- Recenser les besoins des usagers (enquêtes de satisfaction) ;
- Réduction des délais de rendez-vous - et gestion du planning de programmation ;
- Information des personnels et affichage des indicateurs d'activité et des tableaux de bord ;
- Information des services sociaux, signalement judiciaire et secret médical ;
- Prise en charge de la souffrance (du soigné et du soignant).

6. TRAVAUX ACTUELS ET DÉVELOPPEMENTS ENVISAGÉS

Diverses difficultés doivent être surmontées pour assurer la nécessaire pérennité de la démarche. En ce qui concerne la composition et l'animation du groupe, il nous est apparu nécessaire de ne pas figer les choses, soit par des écrits, soit au contraire par l'absence de règles, lors du lancement de la démarche : la composition du groupe doit évoluer facilement, intégrant de nouvelles compétences (représentants du monde industriel et économique, personnes averties en ressources

humaines, etc.) et remplaçant les membres défaillants. Il est sage de prévoir une fiche de mission annuelle pour chacun des membres du groupe, y compris pour l'animateur.

La dynamique est indispensable à la démarche, ne serait-ce que pour éviter la lassitude. Le groupe doit donc être alimenté en permanence de nouvelles « commandes » de réflexion et de fiches techniques : plusieurs travaux sont lancés chaque début d'année par le chef de département. En ce moment, il travaille sur les droits et devoirs des usagers ; la charte de l'utilisateur ; la souffrance au travail du soignant ; la mise en place d'un groupe de parole pour les soignants ; des enquêtes de satisfaction adaptées aux enfants (concours de dessins) ; une fiche/un poster à destination des professionnels. Il serait souhaitable que ces idées émanent du groupe, ce ne fut pas le cas jusqu'à présent.

7. DES RÉSULTATS QUALITATIFS ET OPÉRATIONNELS INATTENDUS

Le groupe a eu la sagesse de ne pas se réfugier derrière la classique facilité consistant à mettre en avant le manque de moyens, manière aisée de laisser porter toute responsabilité aux autres en évitant de s'engager – même si un minimum matériel est indispensable, un sourire, une main

tendue ne prennent pas de temps et ne nécessitent pas d'argent. Il a ouvert la voie qui consiste à s'interroger sur sa pratique, en toute conscience et humilité, à remettre en cause son exercice professionnel et à développer ses valeurs humaines.

Les résultats qualitatifs

La satisfaction des patients est mesurée par deux enquêtes annuelles. Les résultats sont très positifs et les remarques constructives. Rien ne fait cependant plus plaisir que d'entendre « c'est différent ici, on se sent bien dans ce service ». En ce qui concerne les conditions de travail, l'intégration des équipes et des nouveaux arrivants est largement facilitée, leur satisfaction professionnelle et leur plaisir à travailler ensemble dans un but de soin défini avec des objectifs partagés se sont améliorés de façon considérable avec pour principaux effets une très bonne ambiance de travail, une motivation et une implication forte dans l'activité, une solidarité entre les personnels extrêmement développée, une productivité individuelle et collective importante et l'absence de conflit malgré des conditions d'exercice parfois difficiles.

L'efficacité opérationnelle

De nombreux indicateurs ont été largement améliorés, sans que la charge de travail n'en paraisse augmentée pour autant : les délais de rendez-vous (scanner : 1,5 jrs pour 14 237 forfaits annuels ; IRM : 27 jours pour 8 438 forfaits ; bilans sénologiques et actes interventionnels) ; les délais d'envoi des comptes rendus (passage de 60 h à 22 h à l'issue de la mission MEAH, 9 h 30 actuellement dans un contexte de forte augmentation de l'activité : + 50 % d'indice ICR en une année à personnel constant) ; l'activité des équipements et le taux d'occupation horaire. Ces résultats n'étaient pas escomptés au début de la démarche : ils résultent de l'engagement des personnels et de la satisfaction des personnes soignées.

8. LES OBSTACLES RENCONTRÉS

La démarche s'est déroulée simplement, sans difficulté particulière au sein du service. En revanche, la diffusion dans l'établissement est un problème, les soignants non médico-techniques se posant la question de la légitimité d'une telle démarche dans un secteur d'imagerie : cette démarche procède selon eux du soin dont, techniciens, nous serions exclus ! Sans doute avons-nous progressé trop vite et trop « seuls » : nous voyons l'importance de mettre en place, dès le début de l'action, des groupes transversaux impliquant des professionnels de tous les services : la réflexion sur le soin

est en effet commune à tous. Seules les fiches techniques, qui sont davantage des documents « métier », diffèrent partiellement. La situation est en passe d'être rattrapée avec l'intégration de brancardiers (pour la rédaction de procédures techniques), de collègues des secteurs chirurgicaux et obstétricaux, de diététiciennes.

Les facteurs de réussite : cinq points essentiels pour communiquer et entraîner

- 1 - La conviction et l'engagement fort du chef de pôle**
Ils sont indispensables à la motivation de l'équipe, à la recherche de représentants des patients, à la facilitation organisationnelle de la démarche :
- nomination d'une « correspondante bientraitance-maltraitance » au comité institutionnel des vigilances ;
 - intégration de la Charte qualité au règlement intérieur ;
 - définition de thèmes de travail ;
 - implication des plus jeunes en les faisant largement communiquer lors de congrès régionaux et nationaux ;
 - prévention des conflits entre professionnels, souvent liés à la jalousie et à une valorisation mal conduite.

La maltraitance, risque consubstantiel à toute structure accueillant des personnes vulnérables, peut souvent être et doit être prévenue

Par son intermédiaire, l'institution doit s'engager dans la voie de la prévention des maltraitances, de la promotion de la bientraitance et de l'appui aux personnels et une stratégie institutionnelle de prévention des maltraitances doit être mise en place (formation de tous les nouveaux arrivants dans l'établissement, cours sur la bientraitance, communications internes, etc.).

2 - Le travail en commun des membres du groupe sur un sujet donnant du sens au soin

C'est le cœur de métier et l'élément moteur du changement. Il est indispensable. La rédaction partagée d'un document sur les valeurs fondamentales fédère et engage. Le but de la démarche est le « bien soigner », sans doute différent du seul geste technique. Les mesures d'efficacité socioéconomique

et l'amélioration de l'activité sont des outils : elles ne sauraient être une fin.

3 - Les patients doivent faire partie du groupe de travail

Ils apportent leurs valeurs, leurs attentes, leur vision du soin. Les soignants ne doivent pas craindre leur vision « extérieure » : elle est bienveillante et constructive, motrice et permet de sensibiliser hiérarchie et direction. L'encadrement paramédical, médical et administratif doit par contre rester en arrière plan, même si cela peut sembler frustrant ou compliqué : la liberté de parole, les critiques constructives, l'appropriation de la démarche sont à ce prix.

4 - Le moment opportun pour lancer la démarche doit être choisi

La démarche devra être préparée en amont : la préparation des visites de certification de la HAS est une occasion intéressante. Elles sensibilisent la direction et les personnels qui adhéreront plus facilement.

5 - Tous les résultats doivent être transparents pour les soignés comme pour les soignants.

Les résultats doivent être affichés, le service doit être ouvert aux intervenants extérieurs et éviter de vivre en autarcie : il n'y a aucune honte à reconnaître des dysfonctionnements

(qui n'en connaît pas ?) ; les nier, en revanche, reviendrait à ne pas les gérer et à en générer de plus graves encore ! Il y a là de multiples occasions de mettre en place des moments d'échange au sein de l'équipe confrontée à la quotidienneté des soins, pour lui permettre d'évaluer la réalité de la profession, ses contraintes et souffrances, et d'exprimer ainsi son éventuel malaise.

Le management est donc à la base de toute la démarche : il doit être souple, communiquant, centré sur les valeurs du soin, évolutif et valorisant pour l'équipe. Confiant envers les soignants, il doit accepter de se remettre continuellement en cause.

Conclusion

Tout comme le « soigné » ne se limite pas à une maladie ou à un numéro, le soignant ne se limite pas à une blouse blanche ! Il a des droits dont celui au respect et à l'information. Il a aussi des devoirs, en particulier celui du respect de la personne accueillie, celui du « bien soigner ». Son exercice est parfois aujourd'hui difficile : les doutes s'installent concernant le sens de son engagement et les valeurs du soin. Une démarche « tendre à la bientraitance pour prévenir la maltraitance » lui permet de retrouver ce sens, centrant le soignant au cœur de son métier : la prise en charge de l'humain. ■

OPTIMISATION DE LA DOSE D'IRRADIATION EN TOMODENSITOMÉTRIE

Un processus d'audit externe au Grand-Duché de Luxembourg

L'irradiation de la population a de multiples sources. Historiquement, l'irradiation naturelle à la surface du globe (cosmique ou en provenance du sol) était la plus importante. Ces dernières années, les sources médicales ont supplanté les sources naturelles. Parmi elles, la tomodensitométrie (TDM) représente actuellement plus de la moitié de cette irradiation. Les facteurs qui l'influencent sont le nombre d'examen et la dose par examen. Le nombre d'examen dépend principalement de l'accès à la technique et du respect des guides de bonne pratique qui sont entre autre disponibles sur le site de la Société Française de Radiologie, qui ont été repris en Belgique et au Grand-Duché de Luxembourg. La dose par examen dépend également de plusieurs facteurs dont l'optimisation des paramètres du scanner.

Les moyens requis

Optimiser les paramètres d'une acquisition TDM consiste à réduire la dose d'irradiation tout en gardant la qualité d'image requise pour le diagnostic et est conforme au prin-

cipe ALARA (As Low As Reasonably Achievable). Cette démarche est soutenue et entretenue par la directive européenne 97/43 dont l'application est en France sous la responsabilité de l'IRSN, Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire. Conformément à la loi, l'action de l'IRSN



Auteur
Dr Denis Tack

Service de Radiologie
RHMS Clinique Louis Caty,
Baudour, Belgique

denis.tack@skynet.be

est de mener des enquêtes sur les doses par examen et de publier les niveaux de références diagnostics (NRD). Un NRD correspond à une limite arbitraire de dose entre une bonne et une mauvaise pratique et est défini comme le percentile 75 des doses observées. L'hypothèse est que la publication des NRD va entraîner une réduction spontanée des doses observées.

Les difficultés

Or, ce mouvement à la baisse des doses par examen n'est que très faiblement observé et l'IRSN ne dispose pas de moyens pour l'amplifier. La directive européenne n'a en effet pas prévu de récompense (un label de qualité ou de bonne pratique, par exemple) pour ceux qui irradient moins, ni de sanction pour ceux qui dépassent les NRD. Le mouvement à la baisse des doses par examens est d'autant plus difficile à susciter que les premiers NRD ont été établis sur des machines et des technologies actuellement totalement dépassées, incapables par exemple d'adapter la dose d'irradiation au volume du patient. Ces NRD historiques (1999) sont extrêmement élevés.

Logiquement, tout centre de TDM qui délivre une dose plus élevée qu'un NRD doit pouvoir réduire cette dose sans délai et l'optimiser. Si cette optimisation avait bien lieu, on observerait dans l'enquête suivante une baisse significative des NRD. Pourtant, avec un recul de six ans en France, en Belgique, au Luxembourg et en Suisse, on observe qu'ils ne diminuent pas ou presque pas : les NRD historiquement élevés ont toutes les peines du monde à diminuer.

Les solutions

Elles sont potentiellement nombreuses et complémentaires.

1. Utiliser le niveau de référence diagnostic dans sa forme actuelle en y adjoignant un percentile 25, beaucoup plus bas, qui servirait de référence comme objectif d'optimisation (à l'inverse du percentile 75 qui ne suscite pas l'optimisation puisqu'il est et reste très haut) ;
2. Remplacer tout le parc actuel de scanners par les machines dernière génération. Le gain potentiel en dose est de 30 à 50 %, voire 80 % pour certains examens comme les scanners cardiaques. Le coût est cependant très élevé ;
3. Former les manipulateurs en scanner à maîtriser les paramètres de leur machine qui influencent la dose. Cela s'avère très utile mais n'est pas une garantie suffisante de succès (ils n'ont pas le pouvoir de décision sur la

qualité d'image à fournir) ;

4. Contraindre les radiologues à prendre conscience de la dose qu'ils délivrent : ceci est au moins partiellement acquis puisque les rapports d'examens TDM doivent mentionner le produit dose longueur (PDL) qui est le marqueur de cette dose. Cette mesure est obligatoire en France et en Suisse, mais pas en Belgique ni au Grand-Duché de Luxembourg ;
5. Demander aux radiologues une démarche active d'optimisation de la dose par coupe. Ce processus cependant complexe dépend étroitement de la machine : les unités de TDM qui s'y risquent sont minoritaires ;
6. Pour pallier aux difficultés évoquées ci-dessus, apporter une aide extérieure au processus d'optimisation de la dose par coupe.

Tout centre de TDM qui délivre une dose plus élevée qu'un NRD doit pouvoir réduire cette dose sans délai et l'optimiser

Une aide externe au processus d'optimisation

Constatant que l'optimisation n'était pas intégrée dans le processus radiologique au quotidien et que peu de radiologues (souvent insuffisamment formés à optimiser) se prêtent spontanément à des essais de réduction de dose qu'il pensent risqués, le département de la Radioprotection au ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg a initié une démarche de qualité portée sur l'optimisation de la dose par coupe. L'objectif était d'apporter à tous les services TDM du pays (neuf unités de TDM multicoupes) une aide externe en la personne d'un radiologue expérimenté en TDM et en réduction de la dose d'irradiation. Par ma thèse de doctorat et le livre publié sur la réduction de la dose en TDM, je répondais aux besoins du Ministère. J'ai eu le plaisir de jouer ce rôle.

La démarche était pour moi très intéressante car inédite. C'était un pari, voire un défi : je devais convaincre des collègues ayant étudié la médecine et la radiologie dans quatre pays européens différents (la France, l'Allemagne, la Belgique, l'Autriche). De plus, j'avais une connaissance poussée

des machines d'un seul constructeur et une connaissance uniquement livresque des mécanismes de régulation de la dose chez l'autre constructeur présent au Grand-Duché. L'enjeu était important car la réduction attendue de la dose annuelle collective des scanners au Luxembourg pouvait être significative. J'ai répondu positivement à l'appel du ministère en demandant à ce que les centres TDM du Grand-Duché adhèrent au projet et que chaque optimisation se fasse sur patients et en une seule journée (sur fantômes, cela ne sert à rien).

Les visites des différents sites de TDM se sont déroulées sur une période de quatre mois au cours de l'année 2009. Sur place, la collaboration était excellente avec l'ensemble des acteurs des services de radiologie. Les tests sur patients m'ont permis de proposer des protocoles optimisés de 30 à 70 % par rapport à ceux existants. Ces protocoles étaient enregistrés et laissés à disposition des utilisateurs à côté des anciens protocoles. Sur place, l'assistance du spécialiste d'application scanner du constructeur concerné permettait une bonne coordination et un enregistrement adéquat des protocoles optimisés qui étaient parfaitement identifiés. Après la journée d'optimisation, un suivi de l'assistance sur base de questions-réponses par courriels a été proposé. Il n'a pas été utilisé.

Afin de vérifier l'utilisation de ces protocoles par rapport aux protocoles existants moins optimisés, le ministère de la Santé a conduit une seconde enquête en 2009 et l'a comparée à l'enquête de 2007 réalisée juste avant le processus d'aide externe à l'optimisation.

Les résultats

La comparaison des données dosimétriques entre 2007 et 2009 a montré que les NRD des six examens les plus fréquents (TDM du crâne, des sinus, de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, du thorax et de l'abdomen-pelvis) ont baissé de 50 % en moyenne (de 15 à 69 % selon l'examen). Les moyennes des doses délivrées ont diminué de 38 %. La dose collective annuelle du scanner au Grand-Duché a été réduite de 30 % pour un nombre constant d'examens. Les écarts entre les centres se sont nettement réduits. Le processus a été appliqué depuis lors à d'autres centres, entre autres en Belgique et en Suisse.

Réussites et limites du processus

Le processus d'optimisation aidé de l'extérieur par un radiologue ayant une expérience en optimisation a comblé

une lacune fréquemment observée dans les services de radiologie : le savoir-faire pour optimiser, le temps accordé au processus, et la fixation d'objectifs corrects, adaptés à la génération actuelle des scanners, en faisant abstraction des NRD beaucoup trop élevés. Le processus d'aide externe est court – une quarantaine de patients différents suffit à l'achever. Le coût est donc réduit. Si une connaissance approfondie de la littérature récente sur la dose est utile, la collaboration du constructeur du scanner est indispensable et accélère le processus.

Les limites sont cependant multiples. Il faut d'abord que les radiologues acceptent de s'adapter à la nouvelle image et utilisent réellement les protocoles optimisés proposés. De plus, le processus d'aide externe ne s'est pas intéressé au nombre de passages effectués au cours d'un examen sur la région d'intérêt. Ce nombre influence fortement la dose (surtout pour l'abdomen) et les disparités de pratiques sont également très importantes pour ce paramètre.

Un audit sur la pratique systématique du scanner multiphasique mériterait aussi d'être considéré, en particulier pour les centres qui adoptent des protocoles multiphasiques par défaut. Enfin, en un laps de temps aussi court, l'apprentissage de la maîtrise de la machine est clairement incomplet, tant pour les manipulateurs que pour les radiologues. Un effort important des constructeurs pour améliorer la maîtrise de la machine par les utilisateurs est souhaitable.

Enfin, un suivi à plus long terme est nécessaire. Ainsi, deux ans après optimisation, une troisième enquête de dose vient de s'achever au Grand-Duché de Luxembourg, indiquant que les niveaux de doses atteints immédiatement après le processus d'aide externe se sont maintenus.

En conclusion

Par le processus d'audit externe des services de scanners, le Grand-Duché de Luxembourg a innové et réglé en un laps de temps très court la question de l'optimisation de la dose d'irradiation par coupe, réduisant le risque collectif de 30%. La réussite de ce processus indique que les constructeurs proposent des protocoles « d'usine » beaucoup trop irradiants et non correctement optimisés. Une remise en question de ces habitudes est souhaitable. Les constructeurs s'y prêteront d'autant plus volontiers que les utilisateurs demanderont explicitement qu'on leur propose une image optimisée. ■

Références

Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. Accès en ligne : <http://www.sfmet.org/portals/site/professionnels/5-referentiels-bonnes-pratiques/guides/guide-bon-usage-examens-imagerie-medicale/guide-en-ligne/recommandations/index.phtml>

Poster JFR 2010 : RXP-WS-4 - Aide externe pour l'optimisation de la dose par coupe en TDM
D. Tack (1), A. Jahnen (2), C. Back (2), S. Kohler (2), N. Harpes (2), PA. Gevenois (3) - (1) Braine-L'Alleud - Belgique, (2) Luxembourg - Luxembourg, (3) Bruxelles - Belgique
JFR2010

D Tack, PA Gevenois Ed. Radiation Dose from Multidetector Computed Tomography. Springer Berlin Heidelberg, New-York. ISBN 10 3-540-28888-0

ENTRETIEN AVEC DR ANNE TARDIVON

Le Dr Anne Tardivon est radiologue sénologue, praticienne de centre de lutte contre le cancer et présidente de la Société Française de Mastologie et d'Imagerie du Sein (SOFMIS), membre du Conseil scientifique d'ADECA 75, d'Europa Donna (groupe européen sur la thématique du cancer du sein) France, membre du comité oncogénétique à l'Institut national du cancer (INCa), et reviewer pour de nombreux journaux scientifiques. Elle nous parle de son rôle à la présidence de la SOFMIS, de l'organisation du dépistage du cancer du sein en France, et des progrès technologiques, un des thèmes de prédilection de son activité de recherche. Elle revient également sur des thèmes abordés lors du dernier Congrès européen de radiologie (ECR) à Vienne : l'évaluation du sein après traitement et l'importance de la qualité du compte rendu radiologique.

Interview avec
Dr Anne Tardivon

Radiologue sénologue
Service d'imagerie médicale
Institut Curie
Paris, France

Et
Présidente de la Société
Française de Mastologie
et d'Imagerie du Sein
(SOFMIS)

anne.tardivon@curie.net

Pouvez-vous nous parler de votre rôle à la présidence de la SOFMIS ?

La SOFMIS est une société dédiée à l'imagerie du sein et à sa composante interventionnelle qui comprend plus de 400 membres. La présidence consiste à coordonner le travail au sein du bureau et du conseil scientifique pour assurer trois missions principales avec le Collège des enseignants de radiologie de France (CERF), la Société Française de Radiologie (SFR) et les agences telles que l'INCa, la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) : l'enseignement (formation initiale et continue), l'expertise (recommandations, promotion de nouveaux actes) et la recherche. Nous organisons chaque année un congrès d'un jour et demi et nous nous associons tous les deux ans avec la Société d'Imagerie Génito-Urinaire (SIGU) pour un congrès d'imagerie de la femme (sein et pelvis féminin). Le travail de la présidence est également de se faire connaître au niveau international.

La formation doit se poursuivre dans la réalisation d'un compte rendu global unique regroupant toutes les données d'imagerie

Comment s'organise le dépistage du cancer du sein en France ?

Le dépistage national du cancer du sein est organisé pour la tranche d'âge 50-74 ans et repose sur le volontariat des radiologues y participant. Les radiologues ont répondu

présent à cette action de santé publique et se sont soumis à des pré-requis tels le contrôle qualité de leur matériel, une formation obligatoire et un seuil minimal d'activité en mammographie. À ma connaissance, l'imagerie du sein est la seule spécialité radiologique offrant un tel protocole, garant de la qualité de la prise en charge des femmes.

Encouragez-vous, comme dans d'autres pays européens, un dépistage systématique ?

Oui, bien sûr. Le dépistage par mammographie a fait sa preuve à partir de l'âge de 50 ans dans la population générale (mammographie tous les 2 ans ± échographie). Le débat reste vif pour la tranche d'âge 40-49 ans. Il est recevable de proposer un dépistage individuel à partir de 40 ans mais nous devons informer les femmes du risque de résultats faussement positifs plus fréquents dans cette tranche d'âge et de son efficacité si et seulement si les femmes réalisent régulièrement leur dépistage.

La prise en charge des femmes à risque génétique de cancer du sein est-elle à votre avis suffisante ?

Le sous groupe particulier des femmes à haut risque génétique bénéficie d'un soutien fort de l'INCa depuis plusieurs années (examens de laboratoire et consultations dédiées) qui porte maintenant ses fruits. L'INCa s'intéresse actuellement à la qualité de leur prise en charge (suivi clinique et par imagerie) : un projet pilote en cours permettra de voir si la surveillance préconisée est effectivement réalisée et de déterminer les outils pertinents pour la piloter. Cette surveillance s'effectue non seulement par imagerie standard mais également par IRM à un rythme annuel et ce dès l'âge de 30 ans (voire plus tôt dans des cas particuliers). L'effort de formation (IRM, interventionnel guidé par IRM) doit

se poursuivre afin que les centres spécialisés puissent assurer la prise en charge de toutes les femmes.

Quels sont les principaux thèmes de votre activité de recherche ?

Mes centres d'intérêts sont :

- les femmes à haut risque ;
- la corrélation imagerie et génomique ;
- l'enseignement via les nouveaux outils informatiques ;
- et bien sûr la technologie (nouvelles technologies, outils de traitement d'images, outils informatiques de quantification).

Quelles seront, à votre avis, les réponses technologiques à la question du dépistage dans les prochaines années ?

Si l'on considère le dépistage dans la population générale, il est souhaitable d'avoir une technique unique, sensible, reproductible et d'interprétation rapide vu le nombre de femmes concernées et le nombre décroissant de radiologues. Pour moi, la mammographie a encore de beaux jours devant elle, l'évolution la plus probable étant le passage à la tomosynthèse (en cours d'évaluation) associé à un système expert d'aide à la détection susceptible de remplacer la seconde lecture.

Si l'on considère maintenant des populations à risque intermédiaire de cancer du sein, l'angio-mammographie ou la scintimammographie pourraient être des alternatives intéressantes chez les femmes avec des seins denses si leurs premiers résultats, prometteurs, sont confirmés. Quant au haut risque familial, l'IRM, du fait de son caractère non irradiant, devrait rester la technique de choix en espérant que nous aurons alors des produits de contraste plus spécifiques, voire des techniques d'IRM fonctionnelle sans ajout de produit de contraste.

Lors du dernier ECR, vous avez dirigé une session intitulée « l'évaluation du sein après traitement et son suivi ». Pourriez-vous nous dire quels sont les différents aspects de cette problématique ?

Trois thématiques ont été traitées dans cette session :

1. L'évaluation du sein après une première exérèse chirurgicale incomplète d'un cancer du sein.

Si l'IRM reste l'outil le plus fiable pour évaluer la maladie résiduelle, les messages ont été clairement d'intégrer l'IRM à chaque fois que nécessaire dans le bilan préopératoire et de discuter les dossiers complexes en réunion de concertation pluridisciplinaire.

2. L'évaluation de la réponse des cancers à une chimiothérapie néo-adjuvante. Là encore, l'IRM est la meilleure technique d'évaluation alliant morphologie et fonctions (perfusion, diffusion et spectroscopie). Cependant, nous souffrons d'une absence de consensus pour réaliser et quantifier ces données fonctionnelles en routine. Dans ce domaine, l'IRM est en concurrence avec la médecine nucléaire avec l'arrivée de dispositifs dédiés de haute résolution spatiale – gamma-caméras et mammographie par émission de positrons (PEM) – et de nombreux radio-traceurs visant des fonctions cellulaires autre que la prolifération (hypoxie, apoptose) voire très spécifiques de cancers du sein (récepteurs aux œstrogènes, HER2 par exemple).

3. Le dernier exposé s'intéressait au suivi local après traitement d'un cancer du sein. Du fait du nombre de femmes concernées, il représente un vrai problème de santé publique. Si tout le monde s'accorde sur un suivi par mammographie accompagnée ou non d'une échographie, il existe des variations entre les pays, principalement en terme de durée et d'intervalle entre les examens. Or, la survenue d'une récurrence locale

CESEGH
Centre d'Études Supérieures en
Économie et Gestion Hospitalières

**LA RÉFÉRENCE EN FORMATION
POUR LA GESTION HOSPITALIÈRE**

**D.U.
Management
en Imagerie
Médicale
Libérale**

NOUVEAU

Depuis la rentrée 2009,
une nouvelle formation
diplômante pour devenir
**cadre gestionnaire en
groupement de cabinets et
plateaux d'imagerie médicale.**

RENSEIGNEMENTS :
CESEGH
Arche Jacques Coeur • 222, place Ernest Granier
CS 79025 • 34965 Montpellier Cedex 2
Tél : 04 99 13 60 50 • Fax : 04 99 13 60 54
Email : contact@cesegh.fr
site : www.cesegh.fr

UM1
Université Montpellier 1

précocement après la fin du traitement impacte fortement sur la survie. Les facteurs de risque de récurrence locale étant connus et grâce au développement des signatures moléculaires, on devrait pouvoir proposer aux patientes une surveillance personnalisée alliant des examens d'imagerie différents à des intervalles différents selon leur risque de rechute locale. L'importance de la participation aux essais cliniques a été soulignée afin de valider ces types de suivi et d'avoir des données sur la survie à moyen et long terme.

Une autre session avait pour thème la question de la qualité du compte rendu radiologique. Voudriez-vous résumer pour nous les aspects les plus importants de la question ?

Un examen d'imagerie et son compte rendu doivent répondre à une ou plusieurs questions. En cancérologie, il est important de connaître les réponses qu'attend, par exemple, le chirurgien dans un bilan préopératoire ou l'oncologue médical dans le suivi sous traitement. Ceci implique de la part du radiologue une connaissance multidisciplinaire de base, voire plus poussée s'il est spécialisé. Le compte rendu doit être ordonné, clair, concis et précis avec une conclusion et une conduite à tenir. Il ne doit pas méconnaître les données cliniques. Le protocole de réalisation technique de l'examen doit être précisé.

En sénologie, nous avons la chance d'utiliser le lexique BI-RADS de l'ACR (American College of Radiology) qui propose un lexique de termes descriptifs lésionnels, un plan de compte-rendu, et une classification liée à une conduite à tenir avec des catégories de valeurs prédictives positives croissantes de cancer. Ce système BI-RADS fait partie du cahier des charges du dépistage organisé par mammographie et est donc largement utilisé. Par contre, la formation doit se poursuivre en échographie et en IRM, et dans la réalisation d'un compte rendu global unique regroupant toutes les données d'imagerie (mammographie, échographie, IRM). Rendre un voire plusieurs comptes rendus longs et obscurs et sans conclusion claire n'aide pas un chirurgien. Il le mettrait plutôt en difficulté vis-à-vis de sa patiente.

Pourriez-vous nous dire ce qui vous a attirée dans la profession de radiologue et ce qui a motivé le choix de votre orientation vers l'imagerie du sein ?

Le déclic s'est fait lors d'un stage d'externe en radiologie, soit assez tôt dans mon cursus. Pourquoi ? Plus jeune, je

voulais déjà travailler dans l'image. La multiplicité des techniques d'imagerie – j'appartiens à la génération du scanner et de l'IRM – et le potentiel de développement m'ont plu. Quant à l'imagerie du sein, c'est une orientation que je n'ai pas choisie. Elle s'est logiquement imposée suite au recrutement de l'hôpital où je travaillais à l'époque. L'imagerie du sein a une composante humaine importante et très gratifiante au quotidien.

On peut se nourrir via une machine mais le sel de la vie, ce sont les autres

Avez-vous l'impression que les congrès, les nombreux échanges internationaux ou l'e-learning ont fait évoluer la formation des radiologues ?

Oui, bien sûr, et les deux composantes restent nécessaires car complémentaires. L'e-learning est un outil formidable qui permet à un très grand nombre d'avoir accès au savoir, de se former et de s'évaluer quand et où on veut. De ce fait, la convergence vers des socles de recommandations communes entre les différents pays européens est indispensable du fait de l'outil informatique. Ces socles communs seront probablement modestes au départ mais se fortifieront régulièrement au cours du temps.

Cependant, les congrès ou échanges permettent de confronter ses idées à celles des autres et de partager son expérience. Cette composante est certes moins souple mais indispensable : on peut se nourrir via une machine mais le sel de la vie, ce sont les autres.

Quels conseils donneriez-vous aux internes en radiologie ?

Ne vous prenez pas pour des étudiants, mais pour des apprentis ; présentez vous au patient et n'ayez pas peur de lui parler ; et gardez à l'esprit que vous ne traitez pas des images, mais des patients.

Pouvez-vous nous parler de vos projets ?

Afin de réduire un peu la voilure, je rends la présidence de la SOFMIS à la fin de cette année. Cela va me permettre de m'occuper plus activement de la Société européenne d'imagerie du sein (EUSOBI) et tout simplement de la vie de mon département et de mon institut. ■

INSTRUCTIONS POUR **LES AUTEURS**

Contenu

IMAGING Management - édition française est le journal officiel de la Société Française de Radiologie consacré aux questions de gestion dans le secteur de l'imagerie médicale.

IMAGING Management accueille les soumissions d'experts qualifiés et actifs dans l'industrie de l'imagerie médicale mais aussi d'entreprises et de professionnels de la santé ayant un intérêt pour les sujets et thèmes liés à l'imagerie médicale.

Nous sommes particulièrement intéressés par les articles portant sur la gestion ou rapportant des cas pratiques de bonne gouvernance. Dès lors, nous acceptons également les articles scientifiques ayant un lien direct avec ces sujets.

Les articles doivent être rédigés de manière indépendante et tout sponsor doit être mentionné. Notre politique éditoriale consiste à présenter une vue impartiale et éviter tout contenu biaisé ou « promotionnel » en faveur des entreprises.

Soumission

Les auteurs sont responsables du contenu de leur article ainsi que de toute modification apportée par notre équipe d'éditeurs et ayant été validée par l'auteur. Le texte doit être fourni en document « Word » par courrier électronique à l'adresse e-mail suivante : sfr@imagingmanagement.org.

Nous vous prions de fournir une adresse de contact e-mail pour toute correspondance. Après examen, une version révisée incluant les commentaires de l'éditeur est renvoyée à l'auteur pour approbation. Les articles doivent contenir au maximum 4000 signes (espaces inclus) par page publiée, sans dépasser un total de deux pages.

Structure

L'article doit contenir :

- les noms et prénoms des auteurs ainsi que leur titre académique,
- les affiliations : département et institution, ville et pays,
- une photo d'identité (voir spécifications ci-après),
- un nom et une adresse e-mail de correspondance à publier avec l'article,
- la mention de tout lien avec une compagnie ou un sponsor,
- les auteurs sont encouragés à inclure des tableaux ou des lignes directrices afin de résumer les idées ou recommandations,
- les références ou sources si elles s'avèrent pertinentes (voir spécifications ci-après).

Images

Les auteurs principaux sont invités à soumettre une photo portrait à paraître avec l'article ainsi que tout autre visuel ou image qu'ils estiment appropriés.

Ces images doivent nous être envoyées via e-mail dans un fichier séparé (en haute résolution 300 dpi) et leur ordre de placement doit être clairement indiqué. Seuls les formats tif et jpeg peuvent être utilisés pour les images. Les images ne peuvent être plus petites que 9cm x 9cm à échelle 100 %. Seules les images répondant à ces critères peuvent être publiées.

Dans le cas où une image aurait déjà été publiée, la permission de la reproduire par le détenteur du copyright doit nous être fournie et la source d'information doit être incluse dans le texte (ex. © Patricia Ryser-Couderc).

Format pour les références

Veillez utiliser le système de références Harvard. Les citations comprises dans le texte pour le même auteur contiennent le nom de l'auteur et l'année de la publication ; une citation de deux auteurs implique deux noms et une année de publication. Pour plus de deux auteurs, indiquez le nom du premier auteur suivi de « et al. » et l'année de publication. Les citations multiples sont séparées par un point virgule et énumérées par ordre alphabétique (ex : Gleeson 2007 ; Gleeson et Miller 2008 ; Miller et al. 2006).

Le format pour énumérer les références dans les articles soumis suit également le système de références Harvard. Si nous sommes dans l'impossibilité de publier la bibliographie complète, nous pouvons la fournir à tout lecteur en effectuant la demande. Les auteurs sont responsables des références citées.

Acceptation des soumissions

Les demandes sont soumises à l'approbation de notre conseil de rédaction. Nous répondons dans un délai de quatre semaines suivant la réception de la soumission et nous nous réservons le droit de réviser l'article, de demander à l'auteur de réviser le texte ainsi que de publier les textes dans tout journal de EMC Consulting Group ou site Internet rattaché. Pour tout renseignement supplémentaire ou l'obtention du calendrier éditorial, merci d'écrire à sfr@imagingmanagement.org

En vous remerciant par avance,
L'équipe éditoriale d'*IMAGING Management - édition française*

September 10-14
Munich, Germany
CIRSE 2011

**INNOVATION
EDUCATION
INTERVENTION**

CIRSE 2011, Europe's most comprehensive forum for minimally invasive image-guided therapy, will offer more than 200 hours of educational and scientific presentations streamlined around seven major topics, hands-on workshops, foundation courses, learning centres, industry symposia, an all electronic poster exhibition and the biggest CIRSE exhibition ever.

www.cirse.org

MAIN TOPICS

- Vascular Interventions
- Transcatheter Embolization
- Non-Vascular Interventions
- Interventional Oncology
- Neuro Interventions
- Clinical Practice
- Imaging

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

Les Canadiens sont fiers de leur système de santé qui offre une couverture universelle à tous les citoyens et résidents. Les rôles et les responsabilités sont partagés entre le gouvernement fédéral (en charge de certains groupes sociaux : « Premières nations* », militaires, prisonniers) et les administrations provinciales et territoriales (responsables de la majorité des prestations).

Le régime de santé est financé par les impôts fédéraux et provinciaux : le gouvernement fédéral est responsable des grandes lignes de la politique de santé incluant la prévention et l'évaluation des nouvelles technologies, alors que les gouvernements provinciaux sont en charge de la gestion pratique du budget santé, avec un système de régionalisation mieux adapté à la gestion des besoins locaux. La santé représente une part importante du budget provincial (40 % en Ontario par exemple), et le gouvernement fédéral redistribue une partie de son budget santé aux provinces.

La loi canadienne sur la santé

Le système de soins canadien repose sur la « Loi canadienne sur la santé » (Bill C6) qui remonte à 1980. Son objectif est de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

La loi stipule que les conditions d'attribution des transferts du gouvernement fédéral vers les gouvernements provinciaux et territoriaux reposent sur cinq principes :

1. La gestion publique : les régimes provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif et être gérés par un organisme public ;
2. L'intégralité : tous les services offerts par les hôpitaux, médecins et dentistes, ainsi que certains professionnels de santé, doivent être assurés ;
3. L'universalité : tous les assurés de la province ont droit aux services de santé ;
4. La transférabilité : les assurés d'une province ou territoire doivent bénéficier de la couverture sociale dans tout le pays et lors de leurs voyages à l'étranger, sans restriction ;
5. L'accessibilité : tous les assurés doivent avoir un accès raisonnable aux services médicaux et hospitaliers sans frais ni mesure restrictive.

Les services complémentaires tels les soins dentaires non hospitaliers, les soins optiques, les massages, et bien sou-

vent les médicaments ne sont pas couverts par l'assurance universelle et sont pris en charge par les assurances complémentaires souscrites individuellement ou par le biais de l'employeur.

Démographie médicale et dépenses de santé

En 2009, le Canada comptait 68 101 médecins actifs, soit une augmentation de 16 % sur les neuf dernières années. Cela représente un ratio national de 227 médecins pour 100 000 habitants (il est à 337 pour 100 000 habitants en France) avec, bien sûr, des disparités entre les provinces. On comptait 789 infirmières pour 100 000 habitants.

En 1975, les coûts totaux des soins de santé au Canada comptaient pour 7 % du produit intérieur brut (PIB). En 2008, ils représentaient 10,4 % (11,2 % en France) du PIB. Les dépenses de santé sont montées à 191,6 milliards de dollars en 2010, soit 5 614 dollars par habitant. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2005, en moyenne sept dollars sur dix dépensés en soins de santé provenaient de fonds publics. Les trois autres provenaient de sources privées et couvraient les coûts de services supplémentaires comme les médicaments, les soins dentaires et les soins de la vue. La part de budget dévolue aux hôpitaux est passée de 45 % en 1975 à 30 % en 2005.

Les contraintes

Comme partout dans le monde, le système de soins canadien a été soumis à des tensions liées à de nombreux facteurs tels que le vieillissement de la population, les contraintes financières induites par les récentes crises et le coût élevé des nouvelles technologies. Pour maîtriser les dépenses, la tendance est d'augmenter l'accès aux services à domicile et dans la collectivité, grâce à des réformes telles que la fusion d'hôpitaux, la réduction du temps d'hospitalisation, l'augmentation de la chirurgie ambulatoire, la création d'un plus grand nombre de centres de soins de santé primaires communautaires et la mise en place de mesures de promotion de la santé et de prévention. Le nombre d'hôpitaux et de lits de soins de courte



Auteur
Prof. David A. Koff

Chef du service de radiologie
Hamilton Health Sciences

Et
Professeur
McMaster University
Hamilton, Ontario, Canada

koff@hhsc.ca

* Au Canada, Premières nations est le terme utilisé par les populations autochtones ou indigènes pour désigner les Indiens. Il inclut parfois les Métis et les Inuits.

durée a diminué entre 1995 et 2000. Cependant, même si de plus en plus de services sont offerts en ambulatoire et malgré les milliards de dollars que le gouvernement injecte dans le système, les urgences restent engorgées et il y a encore du chemin à parcourir pour améliorer les performances.

Le principal problème demeure les délais d'accès aux soins, en particulier pour la chirurgie et les examens d'imagerie médicale tels que le scanner et l'IRM. Le gouvernement a émis des recommandations indiquant des délais d'attente considérés comme acceptables pour un certain nombre de procédures et examens : seize semaines pour une opération de la cataracte, vingt-six pour une arthroplastie du genou ou de la hanche, de deux à vingt-six semaines pour un pontage coronarien selon le degré d'urgence, et de vingt-huit jours pour une radiothérapie à compter de la date de prise en charge du patient.

Les chiffres sont moins clairs en ce qui concerne l'imagerie médicale, car ils dépendent du degré d'urgence. Les

examens scanners et IRM semi-urgents sont effectués en général dans un délai inférieur à 24 à 48 heures, mais l'attente pour une IRM non urgente peut atteindre quatre mois. Même s'il y a encore des différences significatives entre les provinces, les temps d'attente sont en moyenne à 80 % en conformité avec les délais de référence d'après le plus récent rapport de mars 2011.

En conclusion

En 2008, l'espérance de vie des Canadiens à la naissance était en moyenne de 83 ans chez les femmes et de 78,3 ans chez les hommes, soit une des plus élevées parmi les pays industrialisés. Les Canadiens soutiennent en masse (à 88 %, selon un récent sondage) leur système de santé public et sont en majorité hostiles à un accroissement de la privatisation. Le système de santé s'est considérablement amélioré au cours des dix dernières années et pour répondre aux contraintes économiques, les politiques considèrent maintenant une révision de son mode de financement, qui serait basé sur la qualité et la pertinence des soins. ■

Références :

Loi sur la santé
<http://laws.justice.gc.ca/PDF/Loi/C/C-6.pdf>

Temps d'attente au Canada
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Wait_times_tables_2011_fr.pdf

Soins de santé, bilan 2010
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_f.pdf

OECD Health Data 2010

Numériser les documents, les films, et les données non-DICOM

Simple...Rapide...Fiable.



Vous avez besoin d'importer et d'exporter des images, des documents et des données multimédias sous différents formats (DICOM ou autre) ? C'est exactement ce que vous propose **PACSGEAR**, le leader en solutions d'acquisition de documents papier et multimédias pour PACS/DMP. Plus de 1200 hôpitaux, réseaux de santé et centres d'imagerie répartis aux quatre coins du monde font d'ores et déjà confiance à **PACSGEAR** en utilisant sa technologie conviviale, fiable et rapide.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire.

 **pacs gear**
www.pacsgear.com

PACSGEAR GmbH
Balanstrasse 73
81541 Munich, Germany
T +49 (0)89 450 807 600
F +49 (0)89 450 807 605
sales@pacsgear.com

LA RADIOLOGIE AU CANADA

Entretien avec le président de l'Association canadienne des radiologistes

Pourriez-vous nous parler des moments forts de votre carrière ?

Alors que j'étais étudiant en première année de médecine, au cours d'un « Baccalauréat ès sciences », j'ai participé à un projet de recherche médicale utilisant des ultrasons pour analyser les pulsations du troisième ventricule dans la pression intracrânienne. Lorsqu'un interne en neurochirurgie a mis en place un service d'échographie clinique, j'ai travaillé comme technologue* de garde et trois ans plus tard, quand il est parti, alors que j'étais en première année d'internat de radiologie, je suis devenu chef du service d'échographie. J'ai effectué une année de recherche en échographie obstétricale à Glasgow au cours de ma troisième année. Je suis retourné à l'Université du Manitoba pour terminer mon internat, et me suis établi en tant que médecin radiologue universitaire avec une activité centrée sur l'échographie.

À partir de 1990 et pendant sept ans, j'ai assumé le poste de professeur et de chef du service de radiologie de l'Université du Manitoba et du Health Sciences Centre de Winnipeg. J'en suis parti pour me consacrer à l'échographie et pour développer la maîtrise de l'échographie pelvienne, en particulier dans le cadre de la douleur pelvienne. En 2008, j'ai reçu le titre d'officier de l'Ordre du Canada pour mon travail en échographie et mes contributions à la santé au Canada.

Où en est le Canada en ce qui concerne le dossier de santé électronique national ?

« Inforoute Santé Canada » a lancé un programme il y a huit ans pour favoriser et développer un réseau national de dossiers de santé électroniques (DSE) pour les Canadiens interconnecté à un système d'information radiologique (RIS) et à un PACS. Le cadre national et les fonds octroyés aux provinces ont constitué le levier qui leur a permis d'amorcer, à l'échelle de chaque province, le processus de numérisation de la radiologie. Un fournisseur unique a été choisi pour garantir la circulation des images et des informations à travers la province. Nos dix provinces et trois territoires sont tous à des stades d'avancée différents. Dans le Manitoba où le processus vient seule-

ment de s'achever, tous les hôpitaux ont été impliqués. Inforoute a prévu que le Canada devrait posséder en 2015 une infrastructure pancanadienne du DSE, la mise en service des dossiers de santé électroniques normalisés dans les cabinets médicaux, et un système de prescription médicale électronique dans les hôpitaux qui inclue notamment une aide à la décision pour les médecins (guide de bonnes pratiques).

Pourriez-vous nous parler de l'accueil des radiologues étrangers dans le système de santé canadien ?

Pour exercer au Canada, un radiologue doit avoir réussi les examens du « Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ». Des exceptions sont prévues pour certains diplômés étrangers, parmi lesquels l'« American Board of Radiology »**. Dans les années 90, pour palier à une sérieuse pénurie de radiologues, beaucoup de radiologues qualifiés sont venus d'Afrique du Sud et d'Angleterre. Ils avaient obtenu, pour pratiquer dans les régions insuffisamment dotées, des autorisations d'exercice temporaires qui ont été par la suite transformées en qualification à part entière. La stabilité de ce statut leur a permis d'exercer ailleurs dans le pays. Depuis, les règles ont changé et à quelques exceptions près, tous les diplômés étrangers doivent réussir les examens de radiologie canadiens. La plupart des radiologues qui pratiquent aujourd'hui au Canada y sont nés et y ont acquis leur formation. Les bases en langue anglaise sont exigées dans toutes les provinces à l'exception du Québec, où il faut passer un test de compétence linguistique en français écrit et oral.

Quels sont les systèmes d'accréditation ou d'audit en vigueur dans votre service ?

Le secteur de la santé est sous la juridiction de chacune de nos provinces et territoires. Au niveau de chaque province, les « Collèges des médecins et des chirurgiens du Canada » s'occupent de la réglementation et exigent une certification annuelle des équipements d'imagerie émettant des radiations ionisantes dans les hôpitaux et les cabinets. L'accréditation est toutefois inégalement répartie,



Auteur
Dr E.A. Lyons

Professeur de radiologie, de gynécologie, d'obstétrique et d'anatomie
Officier de l'Ordre du Canada
Ancien chef du service de radiologie
Université du Manitoba
Health Sciences Centre
Winnipeg, Canada

Et
Président de CAR,
l'Association canadienne des radiologistes*

lyons@cc.umanitoba.ca

* Au Canada, un radiologue est appelé radiologiste. Un technologue est un manipulateur ayant reçu une formation complémentaire. Il recueille le signal échographique comme tout autre type d'image. Il est appelé sonographe dans le monde anglophone.

** Elles concernent également la France depuis 2010 avec l'accord de reconnaissance mutuelle (ARM) France-Québec. Vous trouverez plus de précisions dans l'article du Professeur David Koff, page 46.

les processus et protocoles étant audités dans les services d'imagerie hospitaliers, mais pas dans les cliniques. Auparavant inexistants, des protocoles concernant la qualité commencent à apparaître dans les hôpitaux sur tout le territoire canadien. La meilleure façon de limiter les demandes inutiles est d'utiliser un système de demande électronique intégrant, comme aide à la décision, des critères de pertinence ou un guide de bonnes pratiques. CAR aimerait le voir adopté à l'échelle des provinces. Les programmes d'assurance qualité sont primordiaux, et CAR joue également un rôle dans le domaine des accréditations. Elles concernent actuellement la mammographie et la densitométrie osseuse et devraient dans l'avenir s'étendre à d'autres domaines.

Vous considérez-vous comme un gestionnaire de terrain ?

Oui, assurément ! Je crois que le radiologue est membre à part entière de l'équipe de soins et doit être celui qui résout les problèmes de l'équipe. C'est aussi la conception de CAR que j'ai, en tant que président, dispensée à tous les radiologues canadiens : j'espère qu'ils la prennent à cœur, dans l'intérêt de l'avenir de notre profession. Le meilleur moment de ma journée, c'est quand un médecin m'appelle pour l'aider à résoudre un problème concernant un patient. Être disponible, accessible et disposé à aider sont les éléments essentiels de la composante humaine de notre métier de radiologue. ■

LE SYSTÈME CANADIEN D'AIDE À LA DÉCISION



Auteur
Dr Martin Reed

Président
du groupe de travail
sur les bonnes pratiques
Association canadienne
des radiologistes (CAR)

Un changement important se profile dans l'imagerie diagnostique, au Canada et dans le monde. Elle doit subir des pressions d'ordre financier, faire face aux préoccupations concernant la radioprotection, et à l'affirmation croissante qu'elle est trop souvent sans retombée clinique. Ces données vont impacter les réponses à apporter sur des sujets comme la diffusion de l'imagerie diagnostique hybride, les transferts de tâches, et le renouvellement des équipements. Dans cet article, nous examinerons la question de la pertinence et de l'impact clinique des demandes d'examen d'imagerie et comment une solution dans ce domaine pourrait avoir un impact significatif non seulement sur le recours à la radiologie, mais aussi sur d'autres circuits de soins.

L'imagerie médicale est un élément essentiel des soins fournis par les professionnels de santé. Pourtant, de plus en plus d'études démontrent que 10 à 20 % des examens d'imagerie sont inutiles. Toute intervention clinique sans but précis ou bénéfice pour le patient coûte inutilement et affecte négativement la qualité des soins. La hausse des coûts pour la seule imagerie est une menace de plus en plus importante pour la durabilité du système de santé. Ceux qui concernent l'imagerie diagnostique au Canada ont nettement augmenté et dépassent maintenant, uniquement en coûts d'exploitation, les 2,2 milliards de dollars prévus. Supprimer 10 % des examens inutiles pourrait faire économiser 220 millions de dollars chaque année.

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) est l'association nationale représentant tous les radiologues

pratiquant au Canada. Reconnaisant que les professionnels de santé doivent assumer la responsabilité de s'assurer que le travail qu'ils font est nécessaire et approprié, elle a proposé en 2005 au Canada un ensemble de directives cliniques fondées sur des bases factuelles, s'appuyant sur les directives du « Royal College of Radiologists » du Royaume-Uni. Une mise à jour est en cours de finalisation. Ces recommandations aident les médecins à choisir l'examen d'imagerie approprié en fonction de la clinique. Le choix par le médecin d'emblée du test le plus approprié permet une utilisation plus efficace des équipements d'imagerie et des ressources humaines (radiologues, manipulateurs, etc.). La réduction des délais d'attente d'examen ainsi que celle de l'exposition inutile aux rayonnements ionisants influe favorablement sur la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients.

Bien que le guide de bon usage des examens d'imagerie de la CAR soit disponible sous forme papier, en format PDF, sur CD, et sur les sites web médicaux, l'association a décidé que, pour être efficaces, elles devraient être accessibles à partir du workflow du médecin. Pour ce faire, ces recommandations ont été intégrées à un système d'aide à la décision connecté à un outil de prescription médicale informatisée (CPOE : Computerised Physician Order Entry) portant sur l'imagerie diagnostique. Selon la CAR, c'est le moyen le plus efficace pour mettre en pratiques ces directives, et s'assurer d'une meilleure utilisation des ressources d'imagerie.

Dans la province du Manitoba, CAR a évalué l'efficacité de l'approche en deux lieux différents : un hôpital pédiatrique de soins tertiaires* (Winnipeg, en 2007) et une clinique de médecine générale (Steinbach, en 2009). Le fonctionnement est décrit ci-contre. Le résultat des études suggère que 10 à 20 % des demandes d'imagerie étaient inappropriées. CAR effectue actuellement une troisième étude dans un hôpital pédiatrique de Winnipeg pour comprendre comment améliorer la conformité au guide de bonnes pratiques. Plusieurs autres provinces ont entrepris des initiatives de ce genre.

Il a été démontré que 10 à 20 % des examens d'imagerie sont inutiles

Ce modèle d'aide informatisée à la décision peut servir de prototype pour d'autres secteurs de la médecine, et les leçons apprises servir pour d'autres types d'aide à la décision dans le « dossier de santé électronique » (DSE) du Canada, qui constitue actuellement une priorité en matière de santé. Une association à but non lucratif financée par le gouvernement fédéral, Inforoute Santé Canada, travaille avec les provinces et les territoires pour favoriser et accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes informatiques de santé pour tous les Canadiens. Son rapport intitulé « le dossier médical électronique : 2015, un nouveau ère pour la santé au Canada » stipule que l'une des nouvelles priorités en 2015 est d'améliorer la qualité et la sécurité par l'accès à des aides à la décision et la facilitation de la communication au sein des parcours de soins.

Maximaliser la numérisation des prestations en imagerie médicale nécessitera une attention particulière pour relever les défis technologiques posés par l'intégration des systèmes et les exigences spécifiques au Canada qui – avec

ses dix provinces et ses trois territoires – possède un système de santé complexe. Contribuer à la pertinence de l'imagerie médicale en l'inscrivant dans un système de santé numérisé sera l'une des nombreuses méthodes nécessaires pour réduire les coûts de l'imagerie et préserver la viabilité d'un système qui veille à l'optimisation de la pertinence, de la qualité et de la sécurité du soin, le patient restant au centre de nos préoccupations. ■

FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME INFORMATISÉ D'AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE DE LA CAR :

1. Le médecin se connecte au système et acquiert automatiquement les données administratives du patient.
2. Il effectue une demande d'examen d'imagerie à partir d'une série de menus déroulants, puis fournit les renseignements cliniques pertinents en cliquant sur les éléments appropriés dans différentes listes (anamnèse, symptômes et signes cliniques, diagnostics différentiels). Des champs de texte libres permettent au médecin de fournir des informations plus détaillées.
3. Si, au regard des renseignements cliniques fournis et des directives, l'examen d'imagerie demandé est approprié, la demande peut être automatiquement envoyée au département d'imagerie diagnostique (ou encore faxée, ou remise directement au patient).
4. En cas de discordance entre l'examen d'imagerie demandé et les recommandations, une note apparaît sur l'écran, préconisant un examen plus approprié ou suggérant qu'aucun examen n'est nécessaire.
5. Le médecin peut alors ignorer la recommandation et poursuivre sa demande initiale, ou suivre les conseils qui lui ont été donnés.
6. Dans le cas où une demande identique a été faite au moyen du logiciel dans les mois précédents, le médecin en est averti.
7. Toutes les données sont enregistrées dans le logiciel et disponibles pour une analyse ultérieure.

* Un hôpital ou centre de soins tertiaires peut être comparé à un Centre hospitalier universitaire.

L'ACCORD DE RECONNAISSANCE MUTUELLE

FRANCE-QUÉBEC



Auteur
Prof. David A. Koff

Chef du service de radiologie
Hamilton Health Sciences

Et
Professeur
McMaster University
Hamilton, Ontario, Canada

koff@hsc.ca

La visite du Président Nicolas Sarkozy à Québec, le 17 Octobre 2008, si elle a vivement déçu les indépendantistes – ils l'ont trouvée trop courte et ont surtout été offusqués lorsque le Président a annoncé que la France ne supporterait pas l'indépendance du Québec – a surtout suscité de vifs espoirs chez les professionnels lorsque le premier ministre du Québec, Jean Charest, et le président de la République française ont signé à Québec une entente sans précédent en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles. Par cette entente, la France et le Québec ont adopté une procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles pour faciliter et accélérer l'acquisition d'un permis pour l'exercice d'un métier ou d'une profession réglementés sur l'un et l'autre territoires.

Les objectifs de cet accord consistent à lever les obstacles à l'attraction de travailleurs exerçant une profession ou un métier réglementé, à faciliter et accélérer la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles, à accroître, dans un contexte de forte concurrence mondiale, la compétitivité des entreprises en facilitant et en accélérant le recrutement de travailleurs qualifiés lorsque le besoin s'en fait sentir et à répondre plus efficacement aux besoins de main-d'œuvre, tant dans le secteur manufacturier que dans le secteur des services, en France et au Québec.

L'accord s'applique à l'ensemble des professions et des métiers réglementés, vise les personnes ayant obtenu leur titre de formation et leur aptitude légale d'exercer en France ou au Québec et est basé sur la reconnaissance des qualifications et non sur l'équivalence des diplômes. En pratique, il lève l'un des principaux obstacles à la mobilité des travailleurs qualifiés qui, même lorsqu'ils avaient obtenu les visas nécessaires, se voyaient refuser le droit d'exercer leur métier ou leur profession. Il a pour effet de permettre aux candidats d'occuper plus rapidement un emploi et leur évite d'avoir à retourner étudier, comme c'était précédemment le cas. Dans cet article nous nous intéresserons seulement aux termes de l'accord pour les médecins.

Les termes de l'accord

L'Ordre National des Médecins (ONM) et le Collège des Médecins du Québec (CMQ) ont publié une liste de 29 spécialités pour lesquelles les formations sont considérées comparables et éligibles aux termes de l'accord. Ces spécialités comprennent la médecine générale (appelée médecine de

famille au Québec), et en ce qui concerne l'imagerie, la radiologie diagnostique dont la durée de formation est de 60 mois, et la médecine nucléaire dont la durée de formation n'est que de 48 mois au Québec (de 60 mois en France) et pour laquelle la France demande un complément de formation en radioprotection.

Les médecins ayant effectué leur formation de médecine ou leur programme de Résidence dans une faculté de médecine hors de France ou du Québec, ou qui exercent une spécialité non visée par l'accord et qui souhaitent exercer en France ou au Québec, sont soumis aux procédures d'autorisation d'exercice en vigueur en France ou au Québec pour les médecins titulaires de diplômes étrangers.

Pour les Français voulant exercer au Québec, l'Accord de Reconnaissance Mutuelle France-Québec (ARM) s'applique aux médecins :

- titulaires d'un diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une faculté établie et dispensant sa formation en France (médecin généraliste, France) ;
- ayant complété dans un établissement universitaire français, une formation postdoctorale (internat) en médecine générale ou dans l'une des spécialités prévues à l'entente en France (internat, France) ;
- titulaires d'un titre de formation en médecine générale ou dans l'une des spécialités prévues à l'entente délivré par une université française (Qualité de généraliste ou certificat de spécialiste, France) ;
- inscrits au tableau de l'Ordre des médecins en France en qualité de médecin généraliste ou spécialiste sans restriction ni limitation d'exercice, qu'elle découle

d'une mesure administrative, d'un engagement volontaire ou d'une décision disciplinaire (Membre en règle de l'Ordre des médecins, France) ;

- exerçant ou ayant exercé dans le champ d'activité médicale visé par le permis demandé au cours des deux années qui précèdent la demande ;
- ayant satisfait à un stage d'adaptation organisé par le Collège des Médecins du Québec.

Les conditions d'application

Si, pour les titulaires québécois, les conditions d'application en France consistent à déposer une demande d'enregistrement au Conseil Départemental de l'Ordre de l'endroit où le médecin souhaite exercer, elles diffèrent de façon significative avec la France car le permis délivré au Québec aux titulaires français les autorise à exercer uniquement en établissement. Il est délivré pour une période d'une année et est systématiquement renouvelé annuellement tant que son titulaire est dûment inscrit au tableau de l'ordre, ou jusqu'à sa conversion en permis régulier au terme de cinq années.

Les candidats doivent surtout prendre en considération les conditions spécifiques à l'exercice de la médecine au Québec qui s'appliquent à tous les médecins. En effet, l'organisation des services médicaux est assujettie à des règles établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) qui, pour combattre les inégalités d'accès aux soins entre régions, a conduit à la mise en place de Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux (PREM).

Pour assurer cette équité, les PREM établissent le nombre de postes disponibles dans chacune des régions du Québec, autant pour la médecine générale que pour les autres spécialités. Les renseignements relatifs aux postes disponibles dans chacune des régions du Québec selon le domaine d'activité médicale se trouvent sur le site Web du MSSS. En raison de ces PREM, les médecins titulaires d'un permis délivré en vertu de l'ARM ne pourront exercer que dans les établissements où des postes sont disponibles.

Le stage d'adaptation non rémunéré, d'une durée de trois mois consécutifs, se déroule habituellement dans un établissement possédant une affiliation universitaire et agréé par le CMQ pour la discipline concernée. Des frais de 12 000 dollars sont exigés pour l'organisation et le déroulement du stage d'adaptation et sont pris en charge par Recrutement Santé Québec (RSQ).

Le stage est précédé d'une semaine d'observation afin que le candidat puisse se familiariser avec l'environnement dans lequel il aura à évoluer au cours des trois mois suivants.

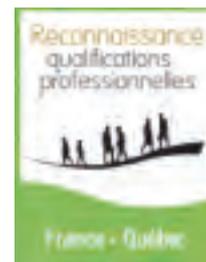
Le stage d'adaptation (12 semaines) ne constitue pas un stage de formation : il doit servir à démontrer la capacité du candidat à s'adapter au contexte de la pratique médicale au Québec – il y est exposé à des activités semblables à celles auxquelles il sera confronté dans sa pratique future. La performance du candidat sera comparée à celle attendue d'un résident en fin de formation.

Le candidat à l'ARM doit être bien conscient que les deux systèmes de santé sont totalement différents, avec chacun ses particularités

Le délai d'organisation d'un stage d'adaptation dépend de nombreuses variables telles que les procédures d'immigration qui imposent un délai minimal de trois mois, ainsi que la nécessité d'obtenir l'accord du maître de stage et de la Direction des services professionnels de l'établissement retenu. Les stages peuvent s'organiser rapidement mais chaque dossier comporte ses particularités et est traité individuellement. Le comité d'admission à l'exercice (CAE) du Collège autorise la délivrance du permis demandé sous réserve d'un rapport de stage satisfaisant. Depuis l'entrée en vigueur de l'entente Québec-France le 27 novembre 2009, le Collège des médecins a délivré quinze permis d'exercice à des médecins français : huit à des médecins généralistes et sept à des médecins exerçant dans une autre spécialité.

En conclusion

Le candidat à l'ARM doit être bien conscient que les deux systèmes de santé sont totalement différents, avec chacun ses particularités. Au Québec, le système de soins est presque exclusivement public – l'État réglemente la répartition de la main-d'œuvre médicale sans exception – alors qu'en France le système d'exercice est mixte et répond davantage aux lois du marché. Le processus est certainement plus long et complexe au Québec qu'en France, mais il reste bien plus simple que l'obtention d'un diplôme régulier et il offre l'assurance de la sécurité de l'emploi une fois le permis délivré. ■



Références:

Collège des Médecins du Québec : <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/Entente-FranceQc.aspx>

Ordre National des Médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/arrangement-de-reconnaissance-mutuelle-des-qualifications-professionnelles-de-medecin-entre-la-franc-1040>

Principaux séminaires et conférences

MAI

12 – 13 **Advanced Ultrasounds and Contrast Enhanced Ultrasounds (CEUS) Courses**
Bruxelles, Belgique
www.myesr.org

17 – 19 **HIT Paris**
Paris, France
www.health-it.fr

20 – 21 **Ateliers IRM en neuroradiologie**
Lille, France
www.sfmnet.org

21 – 24 **Congrès de l'ESGAR 2011**
Venise, Italie
www.esgar.org

26 – 31 **Cours ERASMUS sur le système nerveux central I**
Dresde, Allemagne
www.emricourse.org

28 **74e rencontre scientifique annuelle de la canadian association of radiologists**
Montréal, Canada
www.car.ca

JUIN

16 – 18 **XVII e JPECHO-2011 Journées Parisiennes d'Echographie**
Paris, France
www.jpecho.com

16 – 18 **Cours avancé ESOR GALEN sur la radiologie pédiatrique**
Sofia, Bulgarie
www.myesr.org/esor

16 – 18 **25e congrès international CARS 2010 radiologie et chirurgie assistées par ordinateur**
Berlin, Allemagne
www.cars-int.org

23 – 25 **Congrès SOFMIS-SIGU Imagerie de la femme**
Montpellier, France
www.imageriefemmemontpellier2011.com

AOÛT

18 – 22 **Cours ERASMUS sur le système nerveux central 2**
Istanbul, Turquie
www.emricourse.org

26 – 29 **Ultraschall 2011**
Vienne, Autriche
www.wfumb2011.org

SEPTEMBRE

10 – 14 **CIRSE 2011**
Munich, Allemagne
www.cirse.org

29 – 30 **Management in Radiology (MIR) Annual Scientific Meeting**
Nice, France
www.mir-online.org

OCTOBRE

6 – 8 **Congrès ESMRMB 2011**
Leipzig, Allemagne
www.esmrbm.org

20 – 22 **5e rencontre scientifique annuelle de l'ESMIH**
Le Caire, Égypte
www.eswih.org

21 – 25 **JFR 2011 Journées Françaises de Radiologie**
Paris, France
www.sfmnet.org

NOVEMBRE

27 nov. – **RSNA 2011**
2 déc. **Chicago, USA**
www.rsna.org

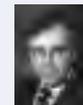
IMAGING Management - édition française

est publié grâce à une collaboration entre la Société Française de Radiologie (SFR) et EMC Consulting Group

Secrétariat éditorial :
MindBYTE Communications Ltd
Rue de la Loi 28/ 7
B-1040 Bruxelles, Belgique
T: +32/ 2/ 286 8500
F: +32/ 2/ 286 8508



Éditeur
Christian Marolt
c@imagingmanagement.org



Rédacteur en chef
Prof. Iain McCall



Rédactrice en chef adjointe
Prof. Elisabeth Schouman-Claeys
elisabeth.schouman-claeys@bch.aphp.fr



Directrice de la rédaction
Patricia Ryser-Couderc
sfr@imagingmanagement.org



VP Global Marketing Communications
Dr Don I Idrees
d.idrees.cd@imagingmanagement.org



Directrice de communication
Iphigénie Papaioanou
i@imagingmanagement.org

Éditeurs et traducteurs
Dervla Gleeson
Claudia Poireau
Patricia Ryser-Couderc

Service clientèle
office@imagingmanagement.org

Département artistique
Luca De Battista
Aleksander Bugge

Souscriptions

1 AN	Europe	32 €
	Hors Europe	42 €
2 ANS	Europe	52 €
	Hors Europe	72 €

Pour les membres SFR le journal fait partie des avantages liés à leur adhésion.

Production et Distribution : 16 000 copies
ISSN = 2031-2385

© IMAGING Management - édition française est publié deux fois par an. Toute reproduction (partielle ou non) des articles est interdite sans l'accord écrit de l'éditeur. Les opinions exprimées dans les articles sont celles de l'auteur. L'éditeur n'est pas lié par l'envoi de matériel non sollicité. L'éditeur se réserve le droit de publier tout matériel soumis via Internet ou tout autre média.

Les éditeurs, le comité de rédaction et les correspondants mettent tout en œuvre pour qu'aucune donnée, chiffre ou déclaration erroné n'apparaisse dans ce magazine. Tous les chiffres et opinions repris dans les articles et publicités sont sous la seule responsabilité de l'auteur ou de la société commerciale (pour les publicités). C'est pourquoi les éditeurs, rédacteur en chef, comité de rédaction, correspondants et leurs employés respectifs n'acceptent aucune responsabilité en ce qui concerne les conséquences de données, opinions ou déclarations erronées ou trompeuses.

WWW.IMAGING-SFR.ORG



- » Restez informé de l'actualité du monde de l'imagerie,
- » Redécouvrez les vidéos et entretiens réalisés lors des JFR 2010 dans notre rubrique multimédia,
- » Téléchargez la version électronique des anciens numéros dans notre rubrique bibliothèque.



LA CIRCULATION EST VÉRIFIÉE

La circulation d'IMAGING Management – édition française est vérifiée selon les standards d'Audits de Publications Commerciales Internationales. La publication est auditée de manière indépendante par le Bureau de Comptabilité Closset au nom de la SFR.





8172 membres dont 1614 issus de 60 nationalités étrangères

La SFR est la société savante qui œuvre pour l'imagerie française.

Ses missions et ses choix stratégiques sont guidés par l'intérêt constant du patient.

La formation des radiologues au cœur de son activité (organisme agréé de formation n°100132) se traduit par :

- ✓ *L'organisation d'un congrès annuel : les Journées Françaises de Radiologie, qui rassemble plus de 18 000 participants,*
- ✓ *La rédaction et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques,*
- ✓ *Le soutien à la recherche (programme de recherche, bourses, ...),*
- ✓ *La publication d'ouvrages pédagogiques.*

Interlocuteur privilégié des radiologues et des pouvoirs publics, la SFR veille au développement d'une imagerie médicale de qualité sur l'ensemble du territoire français pour un accès aux meilleurs soins pour tous.

Elle contribue également à la diffusion de l'innovation technologique en France pour le bénéfice du patient.

11	associations franco-étrangères
13	sociétés d'organe et fédérations
16	salariés
19	groupes de travail
21	délégations régionales
57	cahiers thématiques de FMC du Journal de radiologie
70	fiches information patient
512	boursiers et lauréats depuis 1993
948	cours en ligne
2126	visites/jour sur www.sfrnet.org
2896	posters en ligne

www.sfrnet.org



DOTAREM®

0,5 mmol/ml
Acide gadotérique



Gd³⁺ peut attaquer ...



... Maîtrisez-le !

- ↻ 21 ans d'utilisation en pratique clinique
- ↻ Administré à plus de 14 millions de patients
- ↻ Commercialisé dans 64 pays
- ↻ Indiqué chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson

FF0967 - Réalisation: Citeron Marine - Décembre 2009

DOTAREM® 0,5 mmol/ml, solution injectable en flacons et seringues pré-remplies - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE POUR 100 ml : Acide gadotérique* (27,932 g) correspondant à DOTA (20,246 g). Oxyde de gadolinium (9,062 g) - Excipients : Méglumine - Eau pour préparations injectables (* Acide gadotérique complexe de gadolinium de l'acide 1, 4, 7, 10-tétraazacyclododécane N, N', N'', N''' tétra-acétique). **DONNÉES CLINIQUES: Indications thérapeutiques :** Imagerie par résonance magnétique pour : pathologies cérébrales et médullaires, pathologies du rachis et autres pathologies du corps entier (dont angiographie). **Posologie et mode d'administration :** La dose recommandée est de 0,1 mmol/kg soit 0,2 ml/kg chez l'adulte comme chez l'enfant et le nourrisson. En angiographie, lorsque les résultats de l'examen en cours le rendent nécessaire, une deuxième injection au cours de la même session est possible. Dans quelques cas exceptionnels comme la confirmation du caractère unique d'une métastase ou la détection de tumeurs leptoméningées, une deuxième injection de 0,2 mmol/kg peut être administrée. Le produit doit être administré en injection intraveineuse stricte. **Contre-indications :** Antécédents d'hypersensibilité aux sels de gadolinium. **Contre-indications liées à l'IRM :** sujet porteur de pacemaker, sujet porteur de clip vasculaire. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi (*) :** A administrer uniquement par voie intraveineuse stricte. Ne jamais injecter par voie subarachnoïdienne (ou épidurale). La prudence est conseillée par rapport aux réactions de type anaphylactique, à l'insuffisance rénale et aux troubles du système nerveux central. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min/1,73m²). Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec Dotarem®, ce produit doit être utilisé avec précaution chez ces patients. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions (*) :** L'utilisation de Dotarem® ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire. Il est prudent d'interrompre transitoirement l'allaitement pendant les jours qui suivent l'examen pratiqué avec Dotarem®. **Effets indésirables (*) :** Comme pour toute injection de complexes paramagnétiques, de rares réactions de type anaphylactique pouvant aller jusqu'au choc peuvent survenir, nécessitant un traitement d'urgence. **Troubles généraux (très rares) et accidents liés au site d'administration (extravasation), très rares troubles cutanés et des tissus sous-cutanés, très rares troubles du système nerveux central, très rares troubles musculosquelettiques. PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES (*), DONNÉES PHARMACEUTIQUES (*), PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE - CONDITIONS DE DELIVRANCE :** 3589542 : 5 ml en flacon (verre) Prix : 26,74€ - 3317134 : 10 ml en flacon (verre) Prix : 44,51€ - 3569536 : 10 ml en seringue pré-remplie (verre) Agréée Collectivités - 3317140 : 15 ml en flacon (verre) Prix : 63,41€ - 3384030 : 15 ml en seringue pré-remplie (verre) Prix : 63,41€ - 3317157 : 20 ml en flacon (verre) Prix : 80,03€ - 3384047 : 20 ml en seringue pré-remplie (verre) Prix : 80,03€ - Liste I - Remb. Séc. à 65 % - Collect. GUERBET - BP 57400 - 95943 Roissy CdG Cedex - Tel : 01.45.91.50.00 (ref.09/09). (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Guerbet.

Guerbet | 
Contrast for Life