

I M A G I N G

M a n a g e m e n t

Edition française

Promotion du management
et leadership en imagerie

En collaboration avec
la Société Française
de Radiologie



RADIOLOGIE ■ CARDIOLOGIE ■ INTERVENTION ■ CHIRURGIE ■ IT MANAGEMENT ■ EUROPE ■ ECONOMIE ■ TENDANCES ■ TECHNOLOGIE

GESTION DU CHANGEMENT

Le délai de
rendez-vous en imagerie

Section spéciale :
La mammographie

La radiologie
en France



NUMÉRO 1 / 2008
EDITION JFR
ISSN 2031-2385

www.imaging-sfr.org



9 772031 238004

Etudes de Poste
Zonage
Dossier d'Autorisation
Dossier de Déclaration
Niveaux de Références Diagnostique
Formation Radioprotection Patients
Mise à disposition du Radiophysicien
Dosimétrie Opérationnelle
Contrôles Qualité



Envie de faire le point
sur vos obligations
en **radiophysique** et **radioprotection** ?

Retrouvez notre équipe

JFR 08 - Stand n° 233 niveau 2

www.alara-solutions.fr

Chers lecteurs,

C'est avec beaucoup de plaisir que je prends la plume pour vous souhaiter la bienvenue dans le premier numéro d'“IMAGING Management – Edition française”. J'espère que vous trouverez de nombreuses sources d'inspiration dans ces pages.

La Société Française de Radiologie (SFR) a choisi de concevoir et publier un journal francophone consacré au management en radiologie pour répondre aux besoins croissants en informations commerciales pratiques pour les radiologues. En tant que voix officielle du Groupe de travail sur la gestion de société, le journal sera consacré exclusivement à la promotion du message de bonnes pratiques de management dans l'imagerie médicale pour les membres de la SFR et au-delà.

Le journal sera produit sur une base initiale semestrielle avec un tirage de 8.000 exemplaires. Il sera distribué à chaque membre de la SFR. Son lancement lors des Journées Françaises de Radiologie (JFR), le plus grand congrès annuel francophone au monde organisé par la SFR, a pour but de fournir une plateforme aux radiologues français pour partager leurs expériences de management et également pour apprendre de leurs collègues dans le monde entier comment rationaliser leurs services et optimiser le résultat final pour le patient selon des méthodes à la fois sûres et rentables.

Compilation d'articles rédigés par des experts nationaux et internationaux, ce journal a pour but de souligner le besoin croissant en informations spécifiques au management telles que la rentabilité, la sécurité du patient, l'audit et l'accréditation, la formation et l'utilisation des ressources afin de mettre en place un service d'imagerie médicale efficace et centré sur le patient.

Je suis ravi que notre numéro de lancement couvre le thème principal de la gestion des changements. La gestion des changements a fait beaucoup parler d'elle dans différents secteurs de l'industrie et des services. Le changement est une fonction intégrante de la radiologie qui a évolué et a intégré plusieurs modalités différentes d'imagerie d'un degré croissant de sophistication, de complexité et d'efficacité clinique. Chaque fois qu'un nouvel équipement est installé dans un département, il nécessite la réévaluation des pratiques de travail, des applications cliniques, du flux de travail, des coûts et des revenus.

Ce numéro comprend trois articles sur différents scénarios dans la gestion du changement. L'un d'eux met en évidence les étapes requises pour une gestion réussie des changements. Un deuxième article traite de la réticence naturelle des membres du personnel aux changements qu'ils perçoivent, à tort ou à raison, comme une menace pour leur méthode de travail. Le troisième article aborde les implications des fusions et départements et souligne la nécessité pour toutes les parties d'une bonne compréhension des objectifs de la fusion, d'une entente sur la structure de gouvernance et de la création d'une nouvelle culture.

Il faut espérer que ces documents fourniront des messages utiles. Le journal devrait également recueillir les contributions de personnes qui ont été amenées à gérer un réengineering de département, que ce dernier se soit déroulé sans stress ou que ces personnes aient tiré des leçons de confrontations qui peuvent s'être produites pendant la période de transition.



Pr Iain McCall



Pr Iain McCall

Rédacteur en chef
editorial@imagingmanagement.org

Subscription Form for IMAGING Management



Title: _____

First Name: _____

Surname: _____

Job Title: _____

Institution: _____

Address: _____

Postcode: _____

City: _____

Country: _____

Telephone: _____

Email: _____

Subscription Rates (5 Issues / Year)

- One year Normal 85 euros SFR Special 20 euros
 Two years Normal 150 euros SFR Special 35 euros

Or enter your SFR Registration Number for your special subscription

Reg.nr.: _____

How to Subscribe?

- Send an email with name and address to subs@imagingmanagement.org;
- Complete this form and post it to
28, rue de la Loi - B-1040 Brussels - Belgium;
- Complete this form and fax it to +32 2 286 8508.

In order to qualify please fill in the questions below:

Medical Doctors (respond below)

1. What is your occupation? (check only one)
- Diagnostic Radiologist
 - Other Physician (please specify)

1a. I am Chief of my Department

- Yes
- No

1b. What is your radiology sub-specialty? (check only one)

- General Radiology
- Neuroradiology
- Nuclear Medicine
- Vascular & Interventional
- Nuclear Radiology
- Cardiovascular Diseases
- Paediatric Radiology
- Other (please specify)

Non-physician professionals (respond below)

1c. What is your occupation? (check only one)

- Administrator/Manager:
- Radiology Administrator
 - Radiology Business Manager
 - PACS Administrator

Executive

- Chief Information Officer / IT Manager
- Chairman / Managing Director / Executive Director
- Chief Financial Officer / other executive titles

Other

- Medical Physicist
- Academic
- Chief Technologist / Senior Radiographer
- Manufacturer
- Business Consultant
- Distributor / Dealer

All respondents reply to the questions below

2. In what type of facility do you work? (check only one)

- Private clinic
- Hospital (check number of beds)
- More than 500 beds
- 400-499 beds
- 300-399 beds

3. With what technologies or disciplines do you work? (check all that apply)

- Diagnostic X-ray
- Nuclear Imaging
- Interventional Radiology
- CT
- Ultrasound
- MRI
- Mammography
- Bone Densitometry
- PACS/Teleradiology
- Cardiac Imaging
- PET
- Echography
- Angio/Fluoroscopy

FAX BACK TO +32 2 286 8508



RADIOLOGIE FRANÇAISE ET MANAGEMENT

**Un nouveau groupe de travail : « SFR Management »,
sur les thèmes qualité, sécurité, efficience**



Auteur
**Pr Elisabeth
Schouman-Claeys**

Service de Radiologie
Imagerie médicale, Hôpital
Bichat, Assistance Publique
Hôpitaux de Paris

elisabeth.schouman-claey
@bch.aphp.fr

Les professionnels de la radiologie française se sont de longue date investis dans le management et la qualité. La dimension entrepreneuriale de leur activité en fait un terrain naturel pour que les concepts d'organisation et de résultats soient dans leur champ de vision naturel. Ces objectifs ont leur place dans le domaine de la santé, comme dans tout autre, et ne sont aucunement contradictoires, tout au contraire, avec la finalité première de fournir les soins attendus.

Le parallélisme avec les relations clients / fournisseurs, - les clients étant les patients, les médecins demandeurs d'exams, les structures et les tutelles -, est utile pour préciser le périmètre d'intervention. Cette dynamique impacte le service public comme les structures libérales. Force est d'ailleurs de constater une vision commune, car, si les missions sont différentes, il n'y a aucune raison à ce que les interrogations, méthodes et solutions ne soient pas fondamentalement les mêmes.

Manager, c'est s'investir, - planifier, organiser, diriger et contrôler - et en pratique gérer le quotidien directement accessible (ressources humaines et matérielles, fonctionnement et production) ainsi que les flux immatériels de l'information, et parallèlement, en stratégie, s'intéresser à demain.

Organiser le management en radiologie est l'affaire de la Société Française de Radiologie (SFR).

Elle s'exprime sur le sujet tout particulièrement lors du rendez-vous parisien annuel des Journées Françaises de Radiologie, dans le cadre à la fois de séances d'enseignement, et, pour la 3^{ème} année consécutive en 2008, de séances thématiques (avec pour sujets successivement traités « Pilotage d'un service d'imagerie et indicateurs de performance », « Indicateurs de performance en radiologie et fluidité hospitalière », « Planification des rendez-vous et optimisation des ressources »).

Elle collabore activement avec la MeaH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers).

Elle produit des ouvrages ; ainsi « Le management en Radiologie libérale » (Marc Kandelman, 2005) a été suivi du « Management en Radiologie Hospitalière » (Jean-Pierre Pruvo, Marc Kandelman, Guy Frija, 2006).

Un pas de plus est la naissance, à la mi-année 2008, **du groupe de travail « SFR Management »**, parrainé par ses anciens et actuels secrétaires, Guy Frija et Jean-Pierre Pruvo.

Ce socle de réflexion est animé par un noyau de radiologues en activité : hospitaliers de CHU, CHG, PSPH (établissements participant au service public hospitalier) et libéraux. Il travaille en lien étroit avec différents professionnels du management, intervenant au titre d'experts.

Le propos est de constituer une dynamique et un espace à mettre au bénéfice de la collectivité radiologique et extra-radiologique, de partager et véhiculer des idées et des retours d'expérience, avec l'objectif de produire des propositions communes, et cela afin d'améliorer nos organisations et la qualité de nos prestations.

Ce groupe s'articule autour des thèmes « **Qualité, Sécurité, Efficience** ». Ces trois axes doivent progresser parallèlement, en juste équilibre, sans avancée de l'un au détriment de l'autre. Et c'est donc naturellement que le groupe qualité de la SFR s'est intégré au sein du groupe Management.

Les domaines d'intervention sont potentiellement très nombreux. Les grands chapitres concernent le pilotage (indicateurs, tableaux de bord, requêtes...), l'organisation (gestion des rendez-vous, logistique, nouveaux métiers, reconnaissance de compétences...), la qualité (accréditation, labellisation, référentiels, traçabilité, gestion des risques...), l'activité, l'utilisation des systèmes d'information (modélisation des circuits, catalogues communs, construction de la demande...). Des liens spontanés se font avec différents groupes de travail de la SFR : SFR 4i, groupe nomenclature, évaluation des pratiques professionnelles, compte rendu, etc..

Au premier rang des objectifs, il a été retenu l'élaboration d'indicateurs communs à la profession, pour mieux structurer le pilotage de nos structures ; la rédaction d'un référentiel métier devrait suivre.

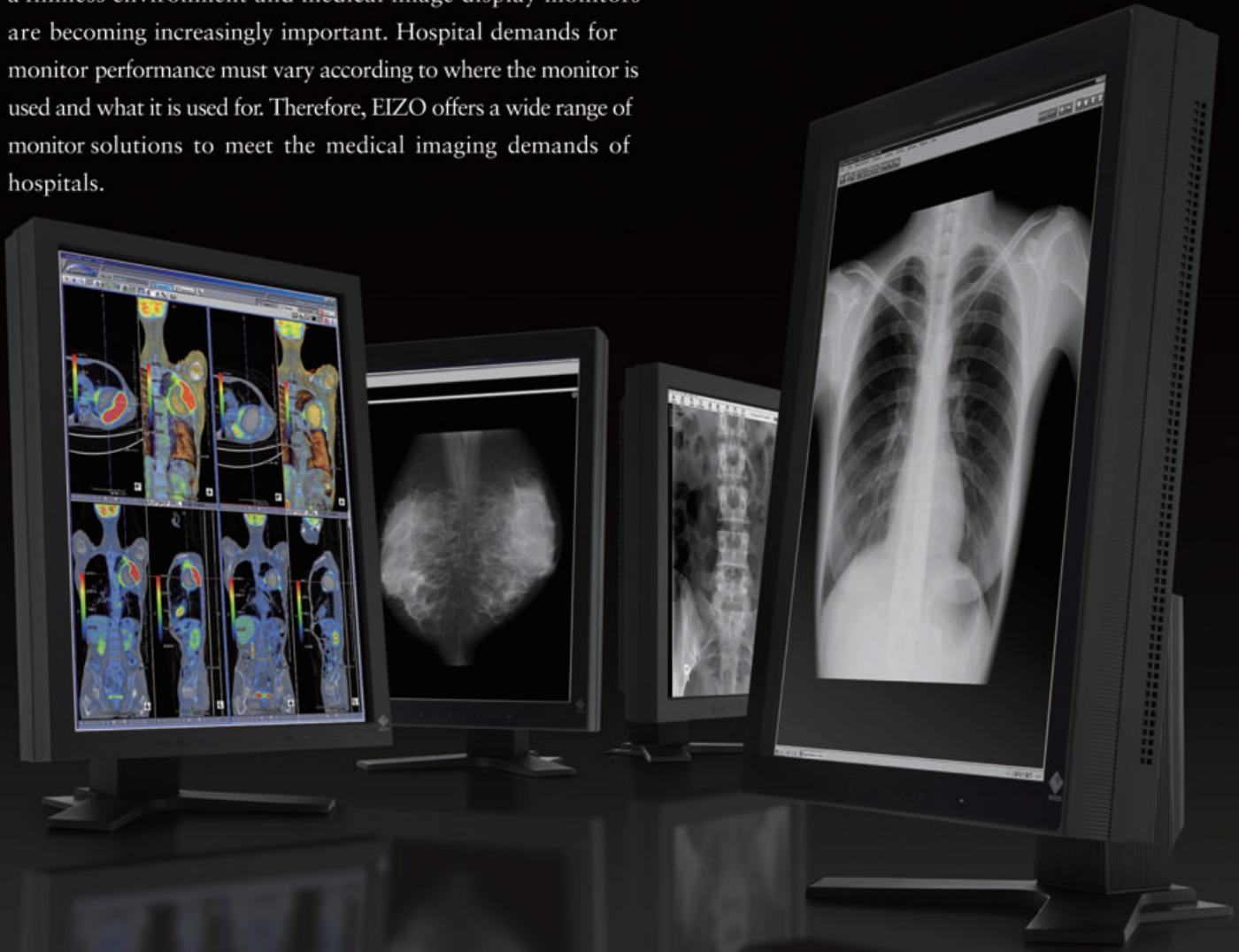
Le groupe a par ailleurs comme objectifs de s'investir dans des actions de formation, de promouvoir la thématique que ce soit lors des Journées Françaises de Radiologie ou dans le cadre de groupes internationaux (à l'échelon européen, « MIR : Management in Radiology »), et de s'exprimer par des publications écrites.

« SFR Management » remercie la revue « Imaging Management » et son rédacteur en chef, le Pr Iain McCall de l'honneur et du plaisir qu'ils lui font en lui ouvrant leurs colonnes à l'occasion de la création de sa version française, quasi contemporaine de la naissance du groupe.



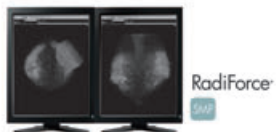
For Your Needs

Worldwide, more and more hospitals are rapidly moving towards a filmless environment and medical image display monitors are becoming increasingly important. Hospital demands for monitor performance must vary according to where the monitor is used and what it is used for. Therefore, EIZO offers a wide range of monitor solutions to meet the medical imaging demands of hospitals.



EIZO Medical Monitor Solutions

 Digital Mammography Monitors



 Medical Display Monitors



 Clinical Review Monitors



JFR 2008 - Paris
Palais des Congrès Porte Maillot - Booth 121C
Eizo France and Mediterranean Area
Medical dpt : +33 (0)4 42 15 84 80

eizo.fr • radiforce.com

EIZO NANA CORPORATION



En couverture : gestion du changement

- 10 Six étapes pour une gestion réussie du changement : ce qui marche et ce qui ne marche pas
Pr Mathias Goyen
- 12 Les technologies de l'information et la gestion du changement :
comment gérer la résistance du personnel à l'intégration du PACS
Pr Juerg Hodler
- 15 Centres Hospitaliers Universitaires et fusions : la consolidation améliore la concurrence
Sukru Mehmet Erturk, Hansel Otero, Ileana E. Gill, Eric Nathanson, Pablo R. Ros, Silvia Ondategui-Parra

Gros plan

- 18 Le délai de rendez-vous en imagerie, un faux ami
Pr Elisabeth Schouman-Claeys , Gilles Pegon, Nelly Nunes, Gilles Choupot , Jacques Betout
- 21 Les travaux sur l'organisation des services d'imagerie menés par la MeaH
François Richou

Section spéciale : La mammographie

- 24 Passer à la mammographie numérique pour le dépistage : maximiser la rentabilité
Dr Matthew Wallis
- 28 Evaluation des performances des technologies de mammographie numérique :
Examen des systèmes de mammographie numérique et études cliniques
Pr Dr med R. Schulz-Wendtland

SOMMAIRE

IMAGING Management - Edition française
Numéro 1 /2008, Edition JFR

Rédacteur en chef

Pr Iain McCall

Rédactrice en chef adjoint

Pr Elisabeth Schouman-Claeys

Comité de Rédaction International

Pr Hans Blickman (The Netherlands)

Pr Georg Bongartz (Switzerland)

Pr A. Cuocolo (Italy)

Pr Nevra Elmas (Turkey)

Pr Guy Frijja (France)

Pr Lars Lonn (Sweden)

Pr Heinz U. Lemke (Germany)

Pr Jarl A. Jakobsen (Norway)

Pr Mieczyslaw Pasowicz (Poland)

Pr Peter Pattynama (The Netherlands)

Pr Udo Sechtem (Germany)

Pr Rainer Seibel (Germany)

Dr Nicola H. Strickland (UK)

Pr Henrik S.Thomsen (Denmark)

Pr Vlastimil Valek (Czech Republic)

Pr Berthold Wein (Germany)

Comité de Rédaction Français

Dr Jacques Besse

Dr Christian Delgoffe

Pr Elisabeth Dion

Dr Sylvia Neuenschwander

Pr Pierre-Jean Valette

Guest Contributors

S. Badonnel

Pr W. Bautz

J. Betout

Pr Frank Boudghene

C. Bourdeau

G. Choupot

R. Duvauferrier

Sukru Mehmet Erturk

Ileana E. Gill

Pr Mathias Goyen

K. P. Hermann

Pr Juerg Hodler

Pr Elizabeth Krupinski

Eric Nathanson

N. Nunes

Catherine Prop

Pr Jean-Pierre Pruvo

Pablo R. Ros

François Richou

Silvia Ondategui-Parra

Hansel Otero

G. Pegon

Dr Jean-Pierre Pelage

Y. Rolland

R. Schulz-Wendtland

Dr Matthew Wallis

Focus national : France

- 30 Le système de santé français :
ce qui est en train de changer dans le domaine de la santé en France
Pr Frank Boudghene
- 32 La gestion des processus au sein d'un département de radiologie :
pour l'amélioration du système de qualité
Pr R. Duvauferrier, S. Badonnel, Y. Rolland, C. Bourdeau
- 34 Profil de la Fédération Nationale des Professionnels de l'Imagerie Médicale :
protection des intérêts de l'imagerie médicale en France
Dervla Gleeson
- 35 La Société Française de Radiologie :
promotion de la profession de radiologue en France
Pr Jean-Pierre Pruvo, Catherine Prop

Usages

- 36 Comment ... augmenter la productivité du poste de travail
Pr Elizabeth Krupinski

Entretien

- 38 Interview avec le Pr Jean-Pierre Pelage :
Hôpital Ambroise Paré, Paris, France

-
- 1 Editorial
Du rédacteur en chef Pr Iain McCall
- 3 Introduction : radiologie française et management
De la rédactrice en chef adjoint Pr Elisabeth Schouman-Claeys
- 8 Nouvelles européennes : l'organe directeur de l'OMS
prend des décisions sur les systèmes de soin de santé
- 23 Guide de l'auteur : instructions pour les auteurs d'IMAGING Management
- 40 Agenda des congrès & conférences

ESR Membership

42,245 members

FULL MEMBERSHIP ONLY €10/YEAR

CORRESPONDING MEMBERSHIP FOR FREE

Your benefits:

REDUCED REGISTRATION RATES

for the European Congress of Radiology (full members)

EUROPEAN RADIOLOGY (ONLINE)

free access to all articles

EUROPEAN RADIOLOGY (PRINTED VERSION)

highly reduced subscription (only €70)

ESOR, THE EUROPEAN SCHOOL OF RADIOLOGY

activities exclusively for ESR members

ESR NEWSLETTER

the latest developments and news in radiology

FREE EDUCATION

access to EPOST™, EURORAD, EDIPS, eECR, ePACS

A VOICE FOR RADIOLOGY

representation within the European Union

RADIOLOGY FOR PATIENTS

raising public awareness of radiology



L'ORGANE DIRECTEUR DE L'OMS PREND DES DÉCISIONS SUR LES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ

La nécessité de renforcer les systèmes de santé, pour leur permettre de réagir de façon prompte et flexible au nombre croissant de nouveaux défis, était à l'ordre du jour de l'organe directeur européen de l'OMS, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe. Sa session annuelle, à laquelle ont participé plus de 250 représentants de la région Europe de l'OMS, s'est tenue à Tbilissi, Géorgie, du 15 au 18 septembre. Le Comité régional a étudié plusieurs questions cruciales dans le domaine

de la santé et a adopté d'importantes résolutions. Les représentants des Etats membres ont discuté de la gouvernance des systèmes de santé, de la promotion de la santé, des déterminants sociaux de la santé, des maladies non-transmissibles, de la santé des enfants et adolescents, et du changement climatique. Le Comité régional a pour priorité de rendre les services de santé accessibles à tous, en particulier à ceux qui ne sont pas en mesure de payer pour les soins

de santé. Inaugurant la session le 15 septembre, le Premier ministre de Géorgie, Vladimir Gurgendze, a déclaré que la santé était un outil important pour réduire la pauvreté. Fournir à la population de son pays, et particulièrement aux personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, l'accès à la protection sociale et sanitaire figure parmi les objectifs premiers du gouvernement.

AUGMENTER LES CAPACITÉS DES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ

L'un des objectifs du Comité régional est d'augmenter la capacité des systèmes de soins de santé, afin de répondre aux urgences sanitaires. « Les gouvernements sont parvenus à d'importantes avancées dans ce domaine en signant la charte de Tallinn en juin de cette année. En cas de crise, le mauvais fonctionnement d'un système de santé met la santé du monde en danger. Il n'y a pas de place pour la complaisance - nous avons beaucoup à faire pour mettre en place les plans élaborés à Tallinn », explique le Dr Marc Danzon, Directeur du Comité régional de l'OMS pour l'Europe.

Les systèmes de santé sont également au centre d'autres points à l'ordre du jour du

Comité régional. Les représentants explorent les forces motrices inhérentes à de meilleures performances des systèmes de santé, les avantages d'une bonne gouvernance, et le rôle du secteur de la santé à encourager les personnes à adopter un mode de vie plus sain, y compris l'abstinence tabagique, la gestion du poids, le contrôle de la pression artérielle et l'exercice physique régulier.

Le Comité régional trace également l'inventaire des progrès accomplis dans la région Europe de l'OMS, et définit de nouveaux objectifs pour les années à venir. Le rapport du Directeur régional sur les travaux de l'Office régional pour l'Europe de l'OMS en 2006 - 2007 montre que plusieurs objectifs

ont été atteints, mais qu'il reste encore beaucoup à faire.

Présentant le rapport et décrivant les activités de l'Office régional en 2008, le Dr Danzon a évoqué des tendances encourageantes dans des domaines tels que le traitement des maladies non-transmissibles et la fourniture de services de santé aux groupes de population vulnérables.

Le rapport met en avant la présence fortement accrue de l'Office régional dans les pays, et la proportion accrue de son budget dédiée à des travaux menés directement dans les pays.

LA COMMISSION SE PENCHE SUR L'INTEROPÉRABILITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN LIGNE

Le manque d'interopérabilité des systèmes et services tels que les dossiers médicaux électroniques, les dossiers patients et l'ensemble des données d'urgence a été identifié comme un obstacle majeur au déploiement d'un système de santé en ligne au sein de l'UE. La Commission a lancé une

consultation publique sur la question en vue d'adopter des lignes directrices.

La notion d'interopérabilité de la santé en ligne telle que définie par la Commission est double. Outre la définition technique du terme qui fait référence à la connexion des

systèmes et à l'échange d'informations, cette notion couvre également la reconnaissance du concept de connexion de personnes, de données et de différents systèmes de santé, tout en tenant compte des facteurs sociaux, politiques, réglementaires, commerciaux, industriels et organisationnels appropriés.

L'UE ÉTUDIE LES PUCES ÉLECTRONIQUES POUR LA SANTÉ EN LIGNE

La Commission a décidé d'étudier la possibilité d'utiliser la technologie d'Identification par Radiofréquence (IRF) dans les soins de santé, avec des applications allant de l'identification des patients dans les hôpitaux à l'étiquetage des produits pharmaceutiques.

La Commission a récemment publié un appel d'offre pour l'étude des exigences et des possibilités de mise en place de l'Identification par Radiofréquence dans les soins de santé. Le principal objectif de l'étude est d'évaluer les fonctionnalités escomptées d'applications IRF pour le marché des soins de santé et d'élaborer des scénarios d'avenir

dans ce domaine. Elle a également pour objet d'identifier les obstacles possibles et les besoins en actions politiques ou en activités de recherche spécifiques sur le sujet.

En soins de santé, l'IRF est principalement utilisé pour l'étiquetage des produits pharmaceutiques. Dans les hôpitaux, les systèmes IRF sont utilisés, par exemple, pour l'identification des patients et pour permettre au personnel hospitalier habilité d'accéder aux dossiers médicaux. Ces systèmes sont supposés sauver des vies, prévenir des erreurs, réduire les coûts et augmenter la sécurité. Les résultats d'une récente consultation de la

Commission révèlent que les principales préoccupations des parties prenantes à l'égard de l'utilisation de cette technologie sont la vie privée, la santé et les risques environnementaux. Quant à l'utilisation de solutions basées sur l'IRF dans les soins de santé, 45% ont déclaré qu'ils étaient favorables à cette technologie, alors que 40% avaient un point de vue négatif.

La Commission a également récemment entamé une procédure pour étudier les aspects économiques de la santé en ligne en général et l'impact économique des dossiers médicaux électroniques interoperables et des prescriptions en ligne en particulier.

LE PLAN DÉFINIT LES PRIORITÉS ET ÉTABLIT L'ORDRE DU JOUR

Le plan d'action pour la santé en ligne de l'UE (2004) définit les priorités de l'Union dans ce domaine jusqu'en 2010. L'une d'elles est le développement de systèmes de soins de santé interoperables à travers l'Union.

En juin 2006, l'Unité TIC pour la santé de la Commission a adopté une nouvelle stratégie pour promouvoir la transformation du paysage

européen des soins de santé, conformément au nouveau cadre politique i2010 de la Commission. Cette Unité a entamé un processus d'élaboration de lignes directrices de bonnes pratiques pour l'interopérabilité de la santé en ligne.

Selon la Commission, l'objectif ultime de la recommandation est « de contribuer à permettre la mise à disposition de moyens per-

mettant aux professionnels de soins de santé habilités d'avoir accès à des informations de santé essentielles sur les patients (parties appropriées du dossier médical électronique d'un patient, dossiers patients et ensemble des données d'urgence), sous réserve du consentement du patient et dans le strict respect de la protection des données et des exigences de sécurité » à travers l'Europe.

Bulletin d'abonnement à IMAGING Management - Edition française

Mme, Mlle, M. _____
Prénom _____
Nom _____
Fonction _____
Adresse _____
Code postal - Ville : _____
Téléphone : _____
Email : _____

Comment s'abonner ?

- Envoyer un email avec nom et adresse à subs@imagingmanagement.org
- Compléter ce bulletin et envoyer à l'adresse suivante :
28 rue de la Loi, B-1040 Bruxelles, Belgique
- Compléter ce bulletin et faxer le au numéro suivant : +32 2 286 85 08



Abonnement (2 parutions/An)

- | | |
|--------------|---|
| 1 an | <input type="checkbox"/> Europe 32 Euros |
| | <input type="checkbox"/> Hors Europe 42 Euros |
| 2 ans | <input type="checkbox"/> Europe 52 Euros |
| | <input type="checkbox"/> Hors Europe 72 Euros |

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

SIX ÉTAPES POUR UNE GESTION RÉUSSIE DU CHANGEMENT

Ce qui marche et ce qui ne marche pas



Auteur
Pr Mathias Goyen

Assistant Professeur
Chef des Services
de Communication
Centre Médical
Universitaire de
Hamburg-Eppendorf
Hambourg, Allemagne

goyen@uke.de

La manière dont un hôpital va traiter et gérer le changement peut avoir une influence importante sur la volonté des employés de s'investir dans ce processus. De nos jours, la question n'est pas s'il faut changer, mais comment nous pouvons gérer la transformation d'une manière qui soit motivante pour les employés et qui puisse uniformiser l'organisation des soins de santé. D'un côté, le changement est exigeant et pénible, de l'autre, il engendre une captivante remise en question dont va dépendre non seulement l'existence même de notre travail mais aussi la façon dont on l'apprécie.

Comment le changement devrait-il être mis en œuvre? C'est une question simple et qui, tout logiquement, doit avoir une réponse simple, surtout que le changement n'est pas si rare. Chaque fois que l'on introduit un nouveau système ou un nouveau procédé, c'est de changement qu'il s'agit. Pour ces motifs, il y a sûrement des choses qui marchent bien, et d'autres qui échouent?

Seul un bébé avec une couche mouillée apprécie le changement !

Quand le changement est apprécié ou encouragé, il y aura toujours un conflit entre ceux qui sont pour le statu quo et ceux qui sont en faveur du changement. Parmi les partisans du changement, il peut y avoir aussi un conflit sur la nature et l'ampleur du changement qui est désiré. On tient pour acquis qu'il y aura une solution simple et qu'il ne s'agit que de la trouver.

La progression suit un processus linéaire ; il faut donc d'abord décider si un changement est nécessaire, et si c'est le cas, déterminer ensuite quel changement doit être accompli. La santé est un domaine où le changement est traditionnellement lent. De plus, les organismes de santé cherchent souvent des solutions dans le cadre d'actions très étroites et à très court terme. Or, dans le domaine des soins de santé, les solutions évidentes n'existent pas nécessairement. Voilà pourquoi il est possible de trouver autant de partisans du *statu quo* que du changement.

Quelques considérations sur la gestion du changement

Il est possible d'envisager la gestion du changement selon deux points de vue différents - celui de ceux qui le mettent en œuvre et celui de ceux qui en récoltent les conséquences. Votre perception de la gestion du changement variera énormément selon

que vous êtes le cadre demandant le changement ou l'employé de première ligne qui n'est pas toujours convaincu de sa nécessité.

Dans beaucoup de cas, au début de tout nouveau changement, ni le cadre, ni l'employé de première ligne n'ont de connaissances sur la manière de gérer celui-ci. Les cadres veulent du changement immédiatement alors que les employés continuent à faire leur travail. Ce sont les directeurs de projets, les consultants ou les membres de l'équipe d'exécution de projets qui comprennent en premier pourquoi il est nécessaire de gérer ce changement. Il seront les premiers à percevoir les deux dimensions de la gestion du changement : le point de vue du manager qui va du sommet vers la base et le point de vue inverse, à savoir celui qui part de la base et culmine vers le sommet.

Le résultat sera un mélange potentiellement dangereux de priorités différentes, d'ensembles différents de connaissances et de forces motrices différentes. Si le changement n'est pas géré convenablement, ces différentes forces et valeurs entrent en conflit, engendrant ainsi des résultats déplorables pour les affaires. Plusieurs organismes de soins de santé l'ont appris à leurs dépens à la suite de projets manqués. Ils ont ainsi appris que la gestion du changement n'est pas quelque chose auquel on doit penser après coup. La gestion du changement doit être déclenchée en tout début de projet et intégrée à toutes les étapes suivantes. Les deux points de vue sur la gestion du changement doivent être pris en considération, celui du manager et celui de l'employé.

Le point de vue des managers

Le point de vue du manager sur le changement s'articule principalement autour des résultats. Les managers sont bien conscients des problèmes rencontrés par le département ou l'établissement et sont responsables de sa performance financière. Une fois qu'un changement est jugé nécessaire, une action rapide s'impose immédiatement. Les premières préoccupations seront :

- A quel moment se terminera le changement?
- De quelle manière cela contribuera à améliorer les procédures de l'hôpital?
- De quelle sorte ce changement influera sur la performance financière?
- Quel est l'investissement requis?
- De quelle façon le changement influera sur les participants (patients, médecins traitants, etc.), au fur et à mesure de sa réalisation.

Le point de vue des employés

Examinons maintenant le point de vue des employés hospitaliers de première ligne. Il y aura ceux qui devront en fin de compte appliquer le changement. Ce sont en général les employés qui ne disposent pas de vue globale sur les objectifs stratégiques du département ou de l'établissement où ils travaillent. Être au service des patients et accomplir un bon travail au jour le jour sont leurs deux principales préoccupations.

Quand des changements sont effectués, de nombreux employés ignorent le contexte général selon lequel ces changements ont eu lieu, ou ne possèdent pas la connaissance de base du pourquoi du changement. Ils ne partagent pas non plus les mêmes responsabilités que les managers. Ils se posent donc la question de savoir comment le changement va les toucher personnellement.

Six étapes pour la mise en oeuvre du changement

Partant du modèle décrit ci-dessus ou du cadre conceptuel de la gestion du changement, les éléments requis pour la réussite de cette gestion peuvent être déduits de la façon suivante :

I – Comprendre le *statu quo* :

Créer quelque chose de nouveau constitue toujours une action de destruction. Quand un changement est introduit, on remplace par la même occasion l'ancien *statu quo* connu de tous par une vision simple d'un objectif à venir. Le respect du *statu quo* déjà existant est aussi un respect de soi.

Certains cas de *statu quo* n'existent que depuis quelque mois, d'autres depuis des années. Plus le *statu quo* sera ancien, plus il sera difficile de le supprimer. Plus un *statu quo* sera ancien, plus il aura été prouvé qu'il est bien justifié. Respectons le *statu quo*, mais ne soyons en aucun cas effrayés par le changement.

II – Comprendre la nécessité du changement

Avant de mettre en oeuvre le changement, il est crucial que vous compreniez toutes les raisons qui l'ont amené. Vous devez devenir expert du changement qui a été proposé ou qui a déclenché la réaction, car les gens se tourneront vers vous pour obtenir des réponses. Ils pourront même éventuellement at-

tendre des directives de votre part. Au pire, la question, "est-ce que le changement est vraiment nécessaire" sera sûrement posée par toute personne touchée par lui. Une réponse serait donc toujours la bienvenue.

III – Créer le désir de changement

Cette phase nécessitera l'utilisation de toutes vos ressources en matière de gestion et de *leadership*. Plus les gens penseront que le changement est nécessaire, plus le processus de changement sera facile. Leur imposer votre façon de voir n'est pas la réponse. En décrivant le problème, en créant une vision du futur, et en leur permettant de participer aux plans d'exécution de la solution possible, vous créez une base commune de soutien et d'adhésion au principe de changement.

IV – Devenir opérationnel

Le nouveau système devient actif une fois que le changement et les restructurations ont lieu. Rendre opérationnels les plans d'exécution pour que tout se passe le mieux possible, grâce à de bonnes pratiques de gestion du changement, sera un atout supplémentaire qui facilitera le processus d'assimilation du changement.

V – Renforcer votre nouveau comportement

La plupart des tentatives qui ont été bien préparées et mises en place de manière adéquate verront un résultat positif durable. Toutes les tentatives n'échoueront pas. Chaque succès doit être récompensé. Les employés hésitant au départ à mettre en oeuvre un changement donné devront être suivis avec plus d'attention pour mieux les intéresser à l'appréciation du résultat.

VI – Fêtez l'événement

Fêter la réussite est à la fois quelque chose de personnel et une action de reconnaissance indiquant que vous êtes quelque part responsable de l'amélioration de votre département ou de votre établissement. Les gens aiment qu'on les apprécie, et fêter une réussite est un moyen très fort de diffuser ce message. Cette célébration ne demande pas un budget énorme. Elle demande cependant d'avoir un comportement évoquant le fait que les gens travaillent mieux quand leurs efforts sont appréciés.

En mettant en place une structure de soutien pour aider les gens à traverser des changements importants, vous n'évoquez pas juste la question de surpasser votre hésitation à abandonner le confort de l'ancien *statu quo*; c'est une tentative de soutien et d'encouragement pour montrer la détermination et le courage nécessaires pour passer à l'étape suivante. Plus particulièrement dans les organismes de santé, l'approche de gestion du changement sera plus souvent gérée en dernière minute plutôt que planifiée dans le cadre d'une stratégie globale. Or, une gestion stratégique du changement pour les organismes de santé est une nécessité si ces derniers veulent relever les défis de l'avenir.

LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET LA GESTION DU CHANGEMENT

Comment gérer la résistance du personnel à l'intégration du PACS



En 2006, l'Hôpital Orthopédique Universitaire Balgrist à Zurich a traité plus de 4 000 patients hospitalisés, reçu environ 40 000 patients externes et effectué environ 42 000 examens radiologiques. L'hôpital fait partie du système des soins de santé de l'Université. La chirurgie orthopédique est la discipline clinique principale. En complément, il y a d'autres services pour la prise en charge des paraplégiques, la rhumatologie et la rééducation, l'anesthésiologie et la médecine interne. La décision d'installer un système PACS remonte à l'an 2000. Cet article traite des divers degrés de résistance rencontrés chez le personnel interne et de la façon nous avons résolu ces problèmes de gestion.

Auteur
Pr Juerg Hodler

Chef du département
de radiologie
Hôpital Orthopédique
Universitaire Balgrist
Zurich, Suisse

radiologie@balgrist.ch

L'équipe du projet était consciente qu'en introduisant un PACS, ce ne serait pas seulement un projet informatique mais que cela changerait bon nombre de procédures, à la fois en radiologie et dans les services de soins. Le PACS a ainsi été mis en ligne en mai 2002, après toute une série de procédures, notamment la planification, les appels d'offres, la prise de décision et l'assurance de financement. Un programme de formation approfondie a été ensuite instauré et une promotion interne poussée du PACS fut mise en place.

Réexamen après installation

Un réexamen du projet PACS a été effectué trois mois après son installation. Le résultat fut en général positif d'un point de vue technique, mais aussi du point de vue du fonctionnement et de la fiabilité du système, de même que pour les interfaces HIS et la capacité du réseau.

Cependant, la librairie DVD installée pour les stocks de longue durée se révéla trop lente lors des périodes d'affluence importante de patients externes, même si la plupart des examens étaient malgré tout disponibles sur des disques durs prévus pour un stockage de courte durée. L'équipement spécial nécessaire pour le bloc opératoire a souffert de long délais de livraison et n'était pas encore installé.

Objectif	Apport escompté du PACS
Améliorer la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none">• Amélioration de la disponibilité de l'image• Prestations de la radiologie plus rapides• Nouvelles possibilités de contrôle de qualité
Marketing	<ul style="list-style-type: none">• Pour que l'hôpital se positionne à l'avant garde dans l'adoption des nouvelles technologies• Des services plus rapides que ceux de la concurrence
Economies d'échelle	<ul style="list-style-type: none">• Diminution du coût des impressions et de postage• Pas de remplacement d'alternateur automatique
Productivité	<ul style="list-style-type: none">• Réduction de la charge de travail concernant les impressions et la manipulation de copies papier• Flux de travail amélioré
Documentation scientifique	<ul style="list-style-type: none">• Administration informatisée des études• 100% de disponibilité de documents
Enseignement	<ul style="list-style-type: none">• Organisation informatisée et récupération des fiches d'enseignement sous format électronique

Tableau 1 : Objectifs de la procédure PACS

Concernant le facteur humain, le nouveau PACS a été rapidement accepté par le personnel comme nouvel outil servant entre autres de solution de recours lorsque les tirages papier ou les films n'étaient pas accessibles.

Cependant, l'intégration complète n'a pas été sans difficultés, le coût du film diminuant plus lentement que prévu, en partie du fait de l'augmentation du nombre d'examen par résonance magnétique effectués après l'installation d'une deuxième machine, mais aussi à cause du manque d'enthousiasme de plusieurs cliniciens pour réduire les impressions papier. Les changements du flux du travail se révélèrent très importants, même au sein du département de radiologie, qui était le plus concerné par ce projet.

Mesures strictes pour assurer la mise en application du PACS

Les directives suivantes ont été mises en œuvre afin d'améliorer la mise en application du PACS et pour réduire la dépendance aux tirages papier :

- Pas d'impression pour les examens non orthopédiques.
- Engager le personnel à utiliser le PACS pour la chirurgie orthopédique.
- Pour les chirurgiens récalcitrants, impression de copies seulement sur demande et au cas par cas.
- Publication des statistiques concernant le pourcentage d'examen rendus sur tirage papier.
- Pas de réimpression de copies égarées.
- Formation au PACS en continu, comprenant une séance approfondie d'initiation pour les nouveaux employés.
- Promotion interne en continu du PACS pendant les staffs du matin par le biais de dépliants, posters et par courrier électronique.
- Refus du département de radiologie de prendre en charge les tirages papier (ni postage ni stockage), en opposition au soutien apporté pour le traitement de données par voie informatique.

Comme anticipé, à la suite de ces actions, la résistance au PACS a augmenté. Nous avons par ailleurs rencontré beaucoup de problèmes bien connus qui se présentent souvent dans le contexte de la gestion du changement (Lewin 1951, Beckhard 1969).

Gestion du changement

La gestion du changement « prend en charge le facteur humain du changement et le fait de manière efficace » (Hiatt et

Agents du changement	Réagissent de manière active au changement, le voient comme une opportunité de développer leur personnalité plutôt qu'un problème entraînant une perte de temps.
Spectateurs	Approuvent en principe la nécessité du changement, mais montrent un manque d'initiative.
Conservateurs	Ne voient aucune raison de changer, étant bien installés confortablement dans le présent, se concentrent sur la sécurité et réagissent de manière passive.
Résistants	Craignent des pertes importantes, utilisent la politique du pouvoir, se focalisent sur leur position.

Tableau 2. Quatre réactions typiques aux changements importants

Creasey, 2003). Selon Strebel (1998), on rencontre quatre réactions typiques lorsque les changements sont importants, comme souligné dans le tableau 2 (voir ci-dessus).

Une autre approche de l'innovation est proposée dans la théorie de la « diffusion d'innovations » d'Everett Rogers (1962), qui différencie cinq catégories d'adopteurs de produits, comme souligné dans le tableau 3 (voir ci-dessous).

Innovateurs	Tendance à l'initiative, éduqués, consultant des sources multiples d'information, plus enclins à prendre des risques.
Adopteurs précoces	Responsables en société, populaires, éduqués.
Majorité précoce	Réfléchis, ayant de nombreux contacts sociaux informels.
Majorité tardive	Sceptiques, conservateurs, ayant un statut socio-économique peu élevé.
Adopteurs à la traîne	Leur principale source d'information vient des voisins et de leurs amis, craignent l'endettement.

Tableau 3. Cinq catégories d'adopteurs de produits

Lors de notre projet PACS, on a retrouvé un mélange de ces cinq types de personnalités. Les adopteurs précoces comprenaient les radiologues, les techniciens et l'équipe informatique. Ces personnes furent traitées de manière prioritaire pour les mises à jour du matériel informatique et de logiciels ainsi que pour la formation et le soutien.

La majorité des employés s'est adaptée au PACS à plus ou moins longue échéance, y compris la plupart des médecins, les secrétaires, les infirmières et les employés de l'administration. Ce groupe a reçu l'équipement, la formation et le soutien nécessaires.

Finalement, il y avait un petit groupe de conservateurs et de résistants qui se plaignaient de petits détails comme des erreurs d'orthographe dans le visualiseur de la page de garde du site Internet.

Un nombre négligeable de personnes a répandu des rumeurs infondées sur le côté prétendument illégal de la mise en œuvre d'un PACS ou sur la fiabilité et les qualités techniques du fabricant du PACS. Les commentaires des conservateurs et des résistants n'ont pas été pris en compte.

Réexamen du PACS : quatre ans plus tard

Le film a disparu de notre clinique quatre ans environ après l'installation du PACS. Les délais d'accès à l'information

étaient dans les normes après le remplacement de la librairie DVD par un système de disques RAID. Plusieurs projets de télé-radiologie ont vu le jour. Cependant, le coût du matériel informatique a plus augmenté qu'il n'était prévu du fait de la révision à la hausse des exigences des cliniciens concernant le processeur et la mémoire RAM de la visionneuse web.

En ce qui concerne le facteur humain, le PACS a été largement accepté à travers toute la clinique. Cependant, la majorité des médecins traitants externes demandaient toujours des films, empêchant ainsi l'abandon total des impressions.

Conclusion

Un projet PACS est un projet de gestion du changement dans lequel le facteur humain joue un rôle important. Beaucoup d'obstacles peuvent être surmontés avec de la persévérance, une bonne gestion de projet, un soutien rapide et professionnel et une communication constante. Les grands problèmes doivent être résolus. Les détails quant à eux doivent souvent attendre, surtout qu'ils ne sont importants qu'aux yeux des conservateurs et des résistants.

 Hitachi Data Systems

HITACHI
Inspire the Next

We have
broken the barrier
to open Healthcare information
sharing.



No vendor lock in or proprietary information lock down. Avoid complex data migration issues. Remove restrictions in data availability. No laborious API or interfacing integration.

Hitachi Data Systems have been changing the Healthcare infrastructure landscape with open, robust, flexible and ubiquitous information infrastructure that gives you freedom of choice.

Our active archive delivers healthcare interoperability through flexible infrastructure and built-in support for healthcare standards including HL7, DICOM, XDS-XDSi, EDI and XML, amongst others and delivers anytime information access and open connectivity.

We facilitate the transformation of data from knowledge into decision-making, to improve the overall quality of care. www.hds.com/healthcare

Hitachi Medical Systems Europe, renowned for technological innovation offers a broad experience and expertise in diagnostic imaging.

Hitachi Medical Systems is a recognized leader in this field, meeting the latest design and quality standards, combined with outstanding image quality and advanced clinical applications.

As supplier of open and high field MRT systems, multi-layered CT scanners as well as medical ultrasound platforms and optical topography devices, we can offer a complete range of solutions for all relevant medical challenges. www.hitachi-medical-systems.com

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES & FUSIONS

Le regroupement améliore le positionnement

Les inquiétudes relatives à l'augmentation des coûts des soins de santé ont amené les hôpitaux à trouver des moyens leur permettant d'augmenter l'efficacité, réduire les coûts et améliorer la qualité. Les hôpitaux ont reconnu le fait que le regroupement est à même de réaliser ces objectifs. Les centres hospitaliers universitaires sont particulièrement vulnérables au changement de l'environnement économique, du fait que leurs obligations d'enseigner et de faire de la recherche engendrent un coût supplémentaire de leurs services. Beaucoup d'entre eux en ont d'ailleurs conclu qu'une réorganisation et un regroupement les placeraient dans une position plus favorable vis-à-vis de la concurrence. Le présent article examine le contexte, les causes, les avantages et les pièges inhérents aux fusions d'hôpitaux. Nous analysons également les défis en matière de gestion et d'organisation qui y sont rattachés.



“Le regroupement des services dans un autre lieu peut entraîner une importante perte de patients, alors qu'ils sont nécessaires à la réussite de l'opération de fusion.

Dans les années 70 aux Etats-Unis, l'Etat fédéral ainsi que les gouvernements des Etats ont instauré plusieurs règlements et lois qui ont provoqué une inversion des tendances de l'époque, passant ainsi de l'expansion au contrôle des coûts. Ceci a eu un impact direct sur les durées de séjour des patients internes et a engendré un déclin des demandes de services pour les patients externes. De même, à la fin des années 80 et dans le courant des années 90, le nouvel environnement de prestation des soins et le nouveau modèle de remboursement ont déclenché un changement radical dans l'organisation des établissements de santé, donnant ainsi la préférence aux médecins généralistes plutôt qu'aux spécialistes et introduisant une économie de marché et la concurrence des prix dans le secteur.

Les facteurs qui ont influencé ce changement étaient :

- Le passage par Medicare d'un système de paiement basé sur le coût à système de paiement à prix fixes;
- Les progrès technologiques qui ont permis d'augmenter le nombre de prises en charge des patients externes et à des prix plus bas;
- L'augmentation du nombre de soins pris en charge et de contrats sélectifs qui a permis de plafonner les taux de remboursement et de mieux vérifier la nécessité des prestations.

Les centres hospitaliers universitaires s'adaptent aux demandes du marché

Le nouveau contexte économique a imposé des défis énormes aux centres hospitaliers universitaires. Du fait des coûts élevés des services qu'ils fournissent, les CHU ont enregistré une diminution notable du nombre de patients adressés par les médecins de ville et les hôpitaux de quartier. Les revenus générés par les consultations externes ont ainsi baissé au fur et à mesure de la diminution du volume de l'activité. Il en est allé de même des subventions qui soutenaient les missions d'enseignement et de recherche, lesquelles, en baissant, entraînaient avec elles toute la structure financière soutenant le système hospitalier universitaire, qui se voyait désormais en péril. De plus, les CHU ont également fait face vers le milieu des années 90 aux réductions des dépenses de Medicare.

De là, la communauté hospitalière universitaire a exploré nombre de stratégies pour relever les défis auxquels elle se trouvait confrontée. Dans ce contexte, Harrison et al a soumis un rapport proposant trois solutions possibles :

1. “Faites-le vous-même” en créant un système de prestation intégré autonome;
2. Rapprocher en formant des réseaux et regrouper en faisant des fusions;
3. Séparer la Faculté de Médecine de l'hôpital universitaire en vendant l'hôpital à une entreprise à but lucratif.

Auteurs

Sukru Mehmet Erturk
Hansel Otero
Ileana E. Gill
Eric Nathanson
Pablo R. Ros
Silvia Ondategui-Parra

Groupe de direction de radiologie
 Département de radiologie et service administratif du Brigham & Women's Hospital / Harvard Medical School
 Boston, MA, Etats-Unis

pros@partners.org

Il semble que la stratégie de fusion la plus réussie ait été le regroupement des programmes et des équipements hautement spécialisés et très coûteux, ce qui a donné lieu à des économies d'échelle et a permis de dégager une meilleure marge de négociation.

Cela a également permis de réduire davantage les coûts et de traiter en commun la base de patientèle, tout en accroissant le nombre de patients adressés par les médecins de ville et la part de marché.

Trois clés pour réussir

Les trois éléments clés suivants jouent un rôle essentiel dans la réussite des fusions des établissements de santé : trouver un consensus sur les objectifs fondamentaux à réaliser, confier la fusion à des vrais meneurs, se mettre d'accord sur une structure de gouvernance et sur la révolution culturelle.

Le premier élément met l'accent sur la nécessité pour les cadres dirigeants des deux établissements appelés à fusionner de parvenir à un consensus sur les objectifs et les voies nécessaires pour effectuer une fusion viable. L'orientation stratégique aussi bien que les opérations quotidiennes de grandes organisations telles que les hôpitaux dépendent grandement des qualifications, des visions et des capacités de travailler en équipe des cadres dirigeants.

De ce fait, une fois que les problèmes relatifs à l'entreprise seront résolus, les chefs de service pourront agir en tant que traits d'union entre les dirigeants institutionnels et les services cliniques et contribuer à une meilleure communication entre eux.

Le deuxième élément concerne la structure de gouvernance. Les personnes concernées devront se mettre d'accord sur leur degré d'engagement ou d'autonomie. La raison d'être d'une entité à gouvernance centrale appartenant à un organisme à but non lucratif est de fournir un encadrement et un soutien stratégique, tout en assurant une communication constante et proactive entre ses membres. Quand le processus de fusion donne la priorité à la communication, les rapprochements entre les services sont souvent profonds et rapides.

Le troisième élément clé des fusions est la révolution culturelle. Les dirigeants institutionnels doivent parvenir à un consensus sur la fusion culturelle entre les deux entités. Vont-ils faciliter la fusion entre les deux établissements en créant une nouvelle culture, où la distinction entre le "nous" par rapport à "eux" sera réduite au minimum, ou conserveront-ils les pratiques culturelles précédentes? Si les entités gardent plus une mentalité de "eux" plutôt que

"nous", une tendance destructrice apparaîtra, menaçant ainsi la réussite de la fusion entre les deux entités.

Départements de radiologie et fusions

Il y a plusieurs avantages pour les services de radiologie à fusionner tôt dans le processus.

Premièrement, la radiologie est une spécialité basée sur des processus, elle est donc indépendante des patients et engendre moins d'idiosyncrasies.

Deuxièmement, grâce à la facilité d'utilisation des systèmes de transmission électronique des images, bon nombre d'examen radiologiques sont indépendants de l'endroit où ils sont effectués.

De plus, la radiologie est un domaine demandant beaucoup d'investissements tant pour le matériel que pour les locaux, ce qui fait que la fusion permet de faire des économies d'échelle. Enfin, le niveau de technologie de pointe que possèdent les CHU a également un impact important sur les composantes cliniques et de formation proposées.

"Partners HealthCare System, Inc."

Le Brigham & Women's Hospital et le Centre Hospitalier du Massachusetts ont été parmi les premiers centres hospitaliers à fusionner aux Etats-Unis. Les deux hôpitaux sont des hôpitaux d'enseignement de la Faculté de Médecine d'Harvard et étaient intéressés par la constitution d'une holding, tout en préservant leurs noms et identités. Un nom neutre a été donné à la nouvelle entité : Partners HealthCare System, Inc. (PHS).

Le pouvoir décisionnaire final quant à la politique générale de l'entreprise a été mis entre les mains d'un nouveau conseil d'administration.

Parmi les réalisations de la nouvelle entreprise, nous trouvons :

- La constitution de Partners Community Healthcare Inc. (PCHI), une filiale de la PHS qui réunit un réseau de plus de 1 000 médecins généralistes. Elle est chargée d'organiser les services dispensés dans les cabinets, mais aussi de mener des négociations avec les assurances;
- Partners and Dana Farber Cancer Institute devenu Partners/Dana Farber Cancer Care. L'institut est chargé de mener des programmes cliniques, de recherche et de formation communs

- dans le domaine de l'oncologie;
- Des programmes conjoints de formation médicale continue ainsi que des projets de recherche communs;
 - La fusion de la moitié des programmes de résidanat et d'un tiers des bourses de recherche en des programmes communs aux deux entités.

Les cadres de Partners résident à Boston, MA, à mi-chemin entre les deux hôpitaux, et gèrent une structure administrative regroupée comprenant les départements des finances, du budget, des systèmes d'information, des investissements, des questions juridiques, du marketing, etc.

Eviter la perte de personnel et de patients

Parmi les éléments qui mènent habituellement à l'échec d'une opération de fusion, nous retrouvons :

- Laisser la peur de la réduction du personnel ou de la rétrogradation s'infiltrer à travers les deux hôpitaux et leurs services respectifs, entraînant des départs d'employés;
- Maintenir une séparation des dossiers financiers, des systèmes d'information, des systèmes de facturation et des services de marketing;
- Fusionner avec une entité géographiquement éloignée de votre entreprise.

Un très grand nombre de fusions entraînent des licenciements à la fois de cadres dirigeants et d'employés de base, donc beaucoup d'employés ont de bonnes raisons de se sentir mal à l'aise en ces temps de changement. Pour beaucoup d'entre eux, une fusion à venir signifie un climat d'incertitude et des risques potentiels à l'horizon. Même si la fusion n'entraîne pas la suppression de leur poste, cela engendre chez eux un changement dans la façon de travailler. Un simple mémo indiquant le souhait de la direction d'accomplir une fusion avec un impact aussi minime que possible sur les emplois pour favoriser la confiance.

Enfin, la localisation géographique d'un établissement sera souvent un facteur clé surtout lorsqu'il s'agit d'adresser des patients. A contrario le regroupement de services dans un autre lieu pourra entraîner la perte d'un pourcentage plus important de patients que prévu, alors qu'ils sont nécessaires pour la réussite de la fusion.

Management In Radiology



European Society of Radiology

winter course

January 15 – 17, 2009
La Thuile/Italy

scientific programme

Interactive sessions aimed at healthcare leaders with strong focus on personal development on

January 15, 08:00 – 12:30 and 18:00 – 19:30
January 16, 08:00 – 12:30 and 18:00 – 19:30
January 17, 08:00 – 12:30

Training Approach

- DISC
- Five Dysfunctions of a Team
- Change Acceleration Process (CAP) and Lean

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS EN IMAGERIE, UN FAUX AMI



Auteurs

**E. Schouman-Claeys¹,
G. Pegon¹, N. Nunes¹,
G. Choupot², J. Betout²**

¹Service de radiologie
imagerie médicale, Hôpital
Bichat, Assistance Publique-
Hôpitaux de Paris

elisabeth.schouman-claeys
@bch.aphp.fr

²Direction des Systèmes
d'Information,
Assistance Publique-
Hôpitaux de Paris

Manager c'est, entre autres, mesurer, des services rendus. S'évaluer, s'améliorer, c'est entre autres tenir compte des notations des autres. Vues de l'intérieur, elles ont le mérite d'aiguillonner, et, vue de l'extérieur, elles permettent d'avoir un regard analytique sur un problème donné.

Parmi la multitude d'indicateurs qui servent au pilotage d'un service de radiologie, les mesures de délais d'accès sont très logiquement considérées par nos clients (patients, confrères) comme des résultats édifiants.

Les décideurs font des délais d'accès un critère utile pour apprécier le bien-fondé d'une dotation en équipement. Ce paramètre est maintenant retenu par nos ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) et on peut penser que ces dernières seront tentées de comparer la situation d'une structure à l'autre, ou d'une région à l'autre. Certes le délai n'est qu'un des éléments d'appréciation des besoins. Il doit être corrélé au taux d'utilisation de l'équipement, à l'efficacité de l'équipe, à la qualité d'utilisation, et aux besoins réels, eux-mêmes liés aux types de pathologies suivies et au poids des urgences. Reste qu'il nous faut donc fournir des chiffres, et savoir que ces données seront exposées à des administratifs qui, ne disposant pas des codes de lecture, risquent fort de ne pas en avoir une analyse critique.

Quant aux industriels de l'imagerie, à la recherche de marchés, ils ne s'y sont pas trompés; l'association privée ISA (Imagerie Santé Avenir) publie le baromètre des délais moyens d'attente pour obtenir un examen IRM en France pour un patient ambulatoire, en dehors de l'urgence (35,4 jours en moyenne en 2008, selon les résultats d'une enquête téléphonique).

Quoi de plus simple a priori que de mesurer un délai ? Un point de départ, d'arrivée et un chronomètre suffisent.

Bien sûr la population doit être homogène. Les analyses doivent dissocier les différentes catégories de patients : hospitalisés, consultants, hospitalisations de jour et patients provenant du Service des urgences, car les objectifs ne sont pas les mêmes.

Prenons l'exemple des patients hospitalisés, puisque c'est sur cette catégorie que les objectifs de fluidité sont majeurs; en effet l'attente de l'imagerie impacte indirectement la durée moyenne de séjour (DMS) et a donc un coût.

La conduite d'enquêtes est trop lourde pour que l'on puisse y recourir de façon récurrente; de plus, à défaut d'un pilotage minutieux, la méthode peut souffrir de grandes variations. Certains ont proposé une approche plus simple: rechercher, tel jour, la place libre au plus tôt; mais la tendance croissante à thématiser fortement les vacations dans les services d'imagerie fait que les délais peuvent varier considérablement selon la pathologie et le jour hebdomadaire de l'enquête.

D'où le recours aux données du système d'information radiologique (RIS). Elles sont censées reproduire la réalité des choses, à partir des examens effectivement réalisés, et non pas à partir d'une déclaration d'intention.

Reste que là encore, il faut comprendre ce qu'il y a derrière les chiffres.

I – Quel est le périmètre temporel de la mesure ?

Se contente-t-on du délai séparant la saisie dans le RIS de la réalisation de l'examen, ou s'intéresse-t-on également au délai d'attribution du rendez-vous ? Ce dernier est souvent négligeable dans un système purement libéral, qui, cultivant la satisfaction du client, doit lui proposer une réponse immédiate, au téléphone. En revanche cette composante est loin d'être négligeable quand une étape de validation de la pertinence de la demande précède son acceptation, ou encore dans les structures qui ne se sont pas organisées pour fonctionner en temps réel, et/ou qui sont fortement exposées aux aléas du manque de personnel. Mais pour mesurer ce délai, encore faut-il que cette composante puisse être identifiée dans le RIS, et que l'utilisation qui en est faite en permette la mesure.

A noter de plus que la seule chose qu'un service prestataire soit à même de mesurer est son délai propre. Hors système de pres-

Patients hospitalisés (hors hôpital de jour et SAU) Scanner (mars 2008)	Attribution formelle d'un RDV	Prise en charge immédiate	Total
Nombre de patients	436	237	673
A) Délai d'attribution du RDV			
% RDV attribués dans les 24h	98,2%		
B) Délai de RDV (de la saisie dans le RIS au moment de l'examen)			
% des RDV à au plus 1 jour	38,1%	100,0%	59,9%
% des RDV à 14 jours et plus	13,8%		8,9%
% de RDV éloignés	14,2%		9,2%
RDV entre 1 jour 14 jours			
moyenne (jours)	5,0	0,0	3,2
médiane (jours)	4,3	0,0	2,8
Limite des 80% (jours)	7,7	0,0	5,0
Tous patients			
moyenne (jours)	6,8	0,0	4,4
médiane (jours)	2,0	0,0	0,1
Limite des 80% (jours)	9,2	0,0	5,8

Tableau : Variabilité des résultats selon la façon d'exprimer le délai d'accès à l'imagerie.

En rouge : 0,1 jour (chiffre optimiste).

En blanc : 7,7 jours (réalité du vécu des cliniciens, à 58,7% non satisfaits lors d'une enquête contemporaine et se disant, en moyenne et hors urgence, attendre des délais d'au plus 3 jours).
A noter une pondération identique des jours de week-end et de semaine, ainsi que le fort taux d'urgences dans la structure (46,5% des hospitalisés sur cette période).

cription connectée, le délai d'acheminement de la demande n'est pas mesurable, bien qu'il puisse être important, y compris dans l'enceinte d'un système hospitalier.

2 – Quelle est la sous-population concernée ?

Trois situations peuvent être distinguées : (1) les examens en urgence, (2) les rendez-vous donnés au plus tôt – qui nous intéressent particulièrement –, (3) les rendez-vous volontairement éloignés, dans le cadre de contrôles programmés à l'avance (suivi de pathologies chroniques, appréciation de l'efficacité du traitement). Mais comment distinguer ces sous-populations ?

Pour éliminer les rendez-vous en urgence, il convient soit de les identifier spécifiquement en prospectif (avec les aléas d'une action manuelle), soit encore d'éliminer les délais nuls ou quasi nuls.

Mais les examens saisis en dernière minute ne couvrent pas, loin s'en faut, les seules urgences majeures, de fait rarissimes. Ainsi les semi-urgences, les urgences de convenance font-elles le plus souvent l'objet d'un simple accord téléphonique avec une saisie dans le RIS uniquement à l'arrivée du patient. Les modifications d'un paramètre de l'examen (comme le changement du type d'examen, ou de l'équipement utilisé, un patient passant sur un scanner et non sur un autre), peuvent, selon l'ergonomie du RIS et le degré de formation des utilisateurs, également faire l'objet d'inscriptions de dernière minute (une nouvelle inscription écrasant la précédente), tout comme l'utilisation

de plages réservées pour tel partenaire.

Toutes ces pratiques vont donc impacter à la baisse les délais de rendez-vous, avec des effets en volume variables avec la typologie des établissements et les pratiques internes.

Quant aux contrôles de principe, ils sont de facto affectés de délais de rendez-vous importants, sans pour autant traduire un dysfonctionnement. Ils impactent les mesures à la hausse. Exclure ces cas peut être possible par le renseignement prospectif d'un champ ad hoc, mais avec le risque d'une saisie non systématique. Reste alors à considérer les délais dépassant tel seuil comme relevant nécessairement de la pré-programmation.

3 – Quel mode d'expression des résultats ?

- Une moyenne ? Mais les délais volontairement élevés dans le cas de contrôle, ou encore une erreur de saisie de date auront des effets démultipliés; si, le doigt fourchant, la demande est saisie comme réceptionnée non pas la veille, mais un an et un jour auparavant, le seul examen en question impactera autant les délais que 365 examens attribués le lendemain de leur réception.
- Une médiane ? Mais les délais de réception – non horodatés à l'heure près – seraient usuellement de 0 jour, ce qui ne renseignera pas sur les potentiels dysfonctionnements.

- Un histogramme ? Tant d'examens à 0, 1, 2, 3, etc. jours, ou encore une boîte à moustache (box plot), mais la lecture en est un peu complexe.
- Un taux sous tel délai, qui suppose de s'être mis d'accord sur un objectif de délai ?
- La règle, plus simple, des 80-20 : 80% des rendez-vous en x jours ?

La notion de délai est donc particulièrement complexe et l'objectif d'une mesure universelle bien illusoire. A chaque structure de définir pour son pilotage interne son mode d'expression pour qu'il reflète le vécu, et qu'il permette à plusieurs services qui ne disposeraient pas du même RIS, ou qui n'auraient pas mis en place les mêmes organisations, de se comparer, et cela sous réserve que les extractions puissent être suffisamment automatisées pour assurer un suivi régulier.

Avec l'objectif de mesurer au mieux la fluidité intra-hospitalière nous avons pour l'heure choisi de suivre deux affichages complémentaires :

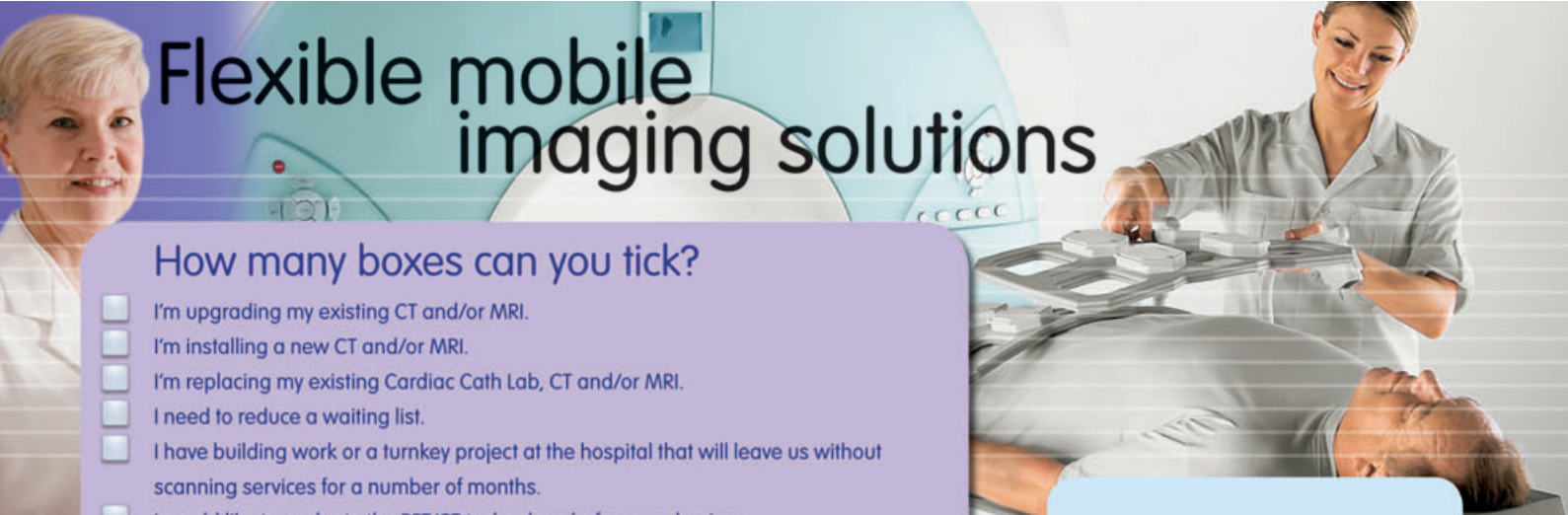
- Pour ce qui est du délai d'attribution : le pourcentage de rendez-vous attribués dans les 24h
- Pour ce qui est du délai de rendez-vous, d'une part le pourcentages de prise en charge dans les 24 h (avec l'idée d'exclure des mesures de délai ces examens pris

dans la journée et ne posant grosso modo pas de problème), et de l'autre les caractéristiques des prises en charge effectuées entre 1 jour et 14 jours (cette frontière à 14 jours, de l'ordre de deux fois la DMS, permettant globalement d'exclure les contrôles); les résultats sont exprimés sous forme de moyenne et de délai limite pour 80% des demandes.

Ces mesures se trouvent assez justement corrélées aux résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès de nos demandeurs d'examen, ainsi qu'au délai maximum attendu en moyenne par nos cliniciens, hors urgence. A juste titre, si ces derniers jugent bonne notre réponse à l'urgence, ils ne se satisfont globalement pas de nos délais pour les patients hospitalisés. Ce sentiment est à mettre en relation avec le nombre d'équipements : seulement deux scanners et une IRM pour un centre hospitalier universitaire de 830 lits d'aigus.

Conclusion

Pour conclure, un message à retenir : se méfier de l'indicateur "délai de rendez-vous". Les biais de mesure et d'expression sont considérables. Il convient donc de lire les valeurs affichées avec les plus extrêmes précautions, et de se garder de les utiliser pour des comparaisons inter-sites. Quant à analyser les évolutions dans le temps, il peut être judicieux de le faire, mais en tenant compte des biais potentiels résultant des modifications d'organisation.



Flexible mobile imaging solutions

How many boxes can you tick?

- I'm upgrading my existing CT and/or MRI.
- I'm installing a new CT and/or MRI.
- I'm replacing my existing Cardiac Cath Lab, CT and/or MRI.
- I need to reduce a waiting list.
- I have building work or a turnkey project at the hospital that will leave us without scanning services for a number of months.
- I would like to evaluate the PET/CT technology before purchasing.
- I have an ad-hoc project and I will need a PET, CT and/or MRI for a limited period.

An interim mobile imaging unit could be the solution!

- Immediate access to a choice of mobile imaging systems.
- A flexible and tailored mobile service.
- An all-inclusive competitive price.



talk to us

If you have ticked at least one box, give us a call, we can help you.
Tel: +44 (0)1926 482 018
www.allianceinterim.com
www.alliancemedical.eu.com

Alliance Medical

INTERIM SOLUTIONS

LES TRAVAUX SUR L'ORGANISATION DES SERVICES D'IMAGERIE MENÉS PAR LA MEAH

Contexte

La Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers a été créée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2003 en vue de diffuser des bonnes pratiques organisationnelles et soutenir, sur le terrain, les chantiers de réorganisation conduits par les professionnels hospitaliers. 1280 chantiers de réorganisation ont été menés auprès de 590 établissements sur vingt quatre thèmes de travail dont celui de l'imagerie.

Depuis 2003, la MeaH a accompagné, avec le concours de l'Ecole des Mines de Paris, 56 services d'imagerie volontaires pour se réorganiser : 12 CHU, 8 PSPH, 30 CH, 5 établissements privés et 1 Centre de lutte contre le cancer.

Ces chantiers visent à faire émerger une meilleure organisation des activités en conciliant qualité du service rendu, efficacité économique et amélioration des conditions de travail. L'appui de la MeaH prévoit un appui conseil, délivré par des sociétés de conseil, des sessions de formation et le partage d'expériences.

Actions d'amélioration organisationnelle à portée de mains des professionnels

Les trois axes majeurs d'amélioration retenus par les établissements portent sur :

- Le pilotage du service, une meilleure affectation des ressources (hommes et matériel) à l'activité, l'amélioration de la programmation;
- L'amélioration de la qualité de prise en charge et du service rendu (réduction de délais de rendez-vous, de comptes rendus...);
- La radioprotection.

Ces trois axes d'amélioration donnent lieu à des actions de terrain mises en œuvre par les professionnels telles que notamment :

- La réduction des délais de rendez-vous en agissant sur les rendez-vous non honorés qui impactent de façon significative la productivité et les délais de rendez-vous d'examens;
- La programmation des examens d'imagerie en fonction de leur durée réelle de réalisation et non plus à partir d'une durée générique paramétrée dans le système de rendez-vous;
- La radioprotection du personnels et des patients;

- La mise en place de tableaux de bord pour suivre en routine les indicateurs de pilotage de l'activité et des ressources;
- La coordination avec les services demandeurs (urgences...) pour accroître la conformité des bons de demande (administrative et médicale);
- Les délais de disponibilité du compte rendu en optimisant l'organisation du secrétariat, de la prise de rendez-vous jusqu'à la frappe du compte rendu;
- Le brancardage, qui influe sur le cadencement des patients à l'arrivée et à la sortie du service d'imagerie;
- La gestion du parcours des patients au sein du service (attente, en cours d'examen, écriture du compte rendu...) ainsi que la gestion des données administratives et médicales;
- Le codage de l'activité qui doit être une étape intégrée à l'ensemble du processus de prise en charge;
- L'impact des nouvelles technologies (PACS, RIS...) sur l'organisation.

Les modalités d'appui proposées par la MeaH

Objectifs

Au-delà de la diffusion d'expériences, d'outils et de « bonnes pratiques organisationnelles », le dispositif de la MeaH vise à aider les équipes volontaires à cerner leurs marges de manœuvre, à définir des actions d'amélioration concrètes, à les mettre en œuvre et à évaluer les résultats obtenus en termes de qualité et d'efficacité.

*12 mois pour mettre en œuvre des changements
Phasage et principes de mise en œuvre de l'appui conseil*

L'appui est organisé en 4 phases. Les deux premières étapes (lancement et diagnostic/plan d'actions) durent trois mois. Les phases 3 et 4, consacrées à la mise en œuvre du changement et à l'évaluation des résultats, durent 9 mois. 70 % des ressources de conseil sont allouées à l'accompagnement du changement.

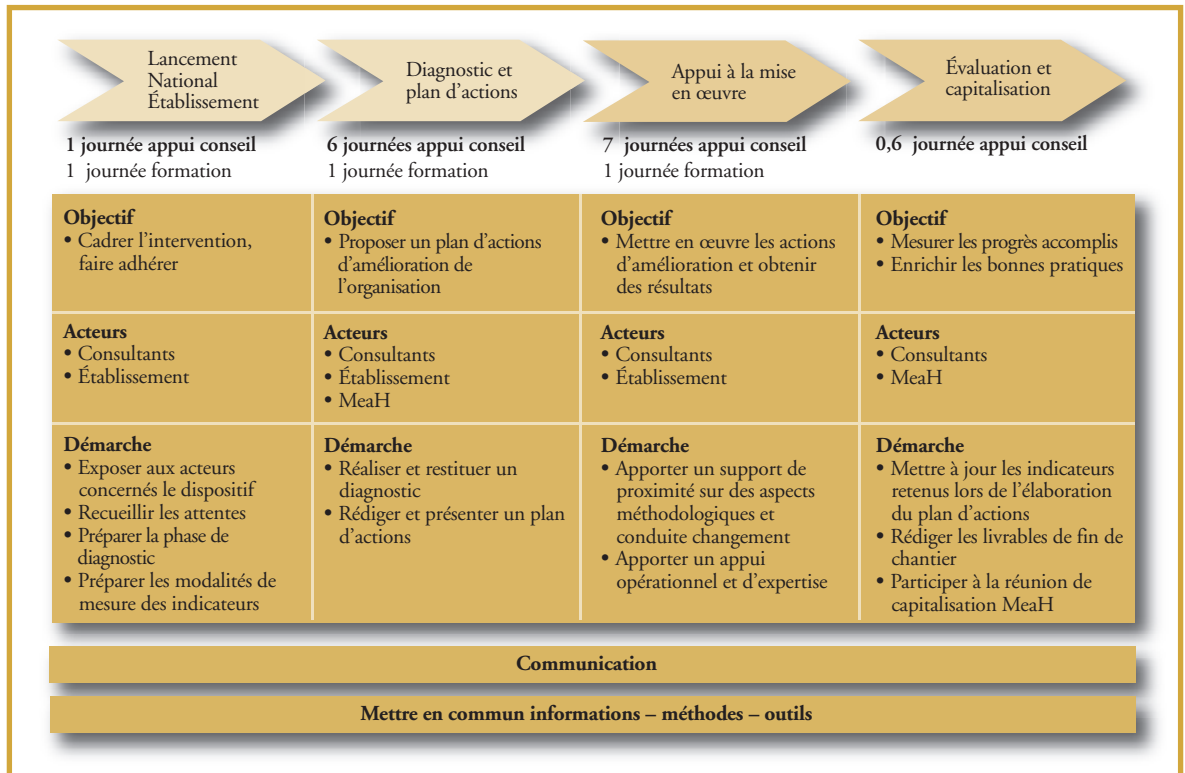
La phase 1 - Lancement national / Etablissement vise à bien cerner les priorités d'amélioration de l'établissement, à se fixer des objectifs chiffrés, accessibles, et à définir un plan d'action pour les atteindre. Des objectifs chiffrés donnent du sens à un chantier de réorganisation et fixent un cap pour les professionnels. La tâche la moins aisée, et celle qui peut prendre le plus de temps, réside dans « l'alignement » des acteurs sur ces objectifs. C'est l'enjeu de la première phase. Ces éléments de cadrage sont



Auteur
François Richou

Chargé de projets MeaH
50, rue du faubourg
Saint Antoine
75012 Paris
Tél : 01.53.33.86.86
Fax : 01.53.33.32.69

francois.richou
@froleane.com



consignés dans une « feuille de route » qui est validée par les professionnels du service, la direction, et, dans certains cas, par les partenaires du service d'imagerie (services cliniques, urgences).

Plutôt que de se lancer dans un audit au « long cours », les travaux de la **phase 2 - Diagnostic et plan d'actions**, se focalisent sur le périmètre d'intervention délimité par la « feuille de route ». C'est parce que les professionnels savent en général où résident les dysfonctionnements de leur service que cette étape se contente d'objectiver les dysfonctionnements les plus importants, du point de vue des équipes, et se concentre sur les actions susceptibles de les pallier dans des délais rapides. En clair, cette étape ne se solde pas par un rapport d'audit comprenant de nombreuses recommandations dont « personne ne sait réellement quoi faire », mais par un plan d'actions ciblé et planifié. Sa validation par les acteurs concernés, la direction et la CME conditionne la suite de l'accompagnement financé par la MeaH (**phase 3 – Appui à la mise en œuvre**).

L'adhésion des professionnels, notamment des radiologues et des cadres, aux actions proposées est donc une condition sine qua non pour « aller plus loin » : la mise en œuvre des changements leur incombe avant tout.

Une prestation de formation

Parallèlement à l'appui conseil, les professionnels bénéficient de trois sessions de formation et d'un atelier de radioprotection :

- **Journée 1 : Gestion de projet** - Lancer et conduire un projet, définir un phasage, des méthodes de planification, constituer une équipe projet, l'animer, la motiver et la réguler, assurer un reporting, construire son plan de communication.
- **Journée 2 : Organisation des services d'imagerie** – Formation « métier » - Cartographier son processus de prise en charge,

repérer les dysfonctionnements, prioriser ses objectifs, s'approprier les indicateurs clés de pilotage, mettre en place un tableau de bord, évaluer son organisation au regard des bonnes pratiques organisationnelles.

- **Journée 3 : Accompagnement du changement** – Traiter les enjeux prioritaires liés à la conduite d'une action de changement, identifier, prioriser et prévenir les risques, gérer le projet de conduite du changement, mesurer les progrès en continu par la mise en place et le suivi en routine d'indicateurs (tableau de bord), communiquer pour obtenir l'adhésion des acteurs.
- **Des ateliers de radioprotection** sont également organisés et proposés aux radiologues, cadres et PCR (Personne Compétente en Radioprotection). L'objectif de ces ateliers est de clarifier les dispositions réglementaires, d'exposer les principes et l'organisation de la radioprotection des travailleurs et des patients et d'aider les équipes à les appliquer au sein de leur service (analyse de poste de travail, zonage radiologique, surveillance médicale, modèle de fiche d'exposition, informations sur les Niveaux de Référence Diagnostiques (NRD) ou mise en place d'une cellule de radioprotection).

Une communication renforcée

Pour diffuser ces expériences, la MeaH a mené différentes actions de communication : production de rapports d'étape, organisation d'un colloque en juin 2007 (près de 100 participants de plus de 60 services d'imagerie présents), publication en octobre 2007 d'un recueil de « retours d'expériences » aux Editions Berger Levrault et publication, en juillet 2008, d'un guide pratique en radioprotection réalisé avec la collaboration de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), de l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), de la Société Française de Physique Médicale et de l'équipe du service d'imagerie du Centre Hospitalier Départemental de Vendée.

INSTRUCTIONS POUR LES AUTEURS D'IMAGING MANAGEMENT

Contenu

- IMAGING Management- Edition 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 email suivante: editorial@imagingmanagement.org
- Nous vous prions de fournir une adresse de contact email 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 700 mots par page publiée, mais peuvent jusqu'à 1 500 mots au total.

Structure

L'article doit contenir:

- Les noms des auteurs ainsi que les abréviations liées aux titres académiques les plus élevés;
- Les affiliations: département et institution, ville et pays;
- La plupart des auteurs sont invités à nous fournir une photo d'identité (voir spécifications ci-après);
- Un nom et une adresse email 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 image ou visuel qu'ils estiment appropriés. Ces images doivent nous être envoyées via email 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. © Dervla Gleeson).

Format pour les références

- Veuillez 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 2004; Gleeson et Miller 2002; Miller et al. 2003).
- Le format pour énumérer les références dans les articles soumis suit également le système de références Harvard.
- Les lecteurs reçoivent une adresse email et le nom d'une personne de référence que nous gardons dans notre base de données et pouvons fournir sur 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 Editorial 2009 merci d'écrire à : editorial@imagingmanagement.org

En vous remerciant d'avance, l'équipe éditoriale de IMAGING Management – Edition française

PASSER À LA MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE POUR LE DÉPISTAGE

Maximiser la rentabilité



Auteur

Dr Matthew Wallis

Director
Breast Screening Service
Coventry & Warwickshire
Hospital
UK

En raison des coûts élevés qui y sont associés et de sa nouveauté relative, très peu d'unités de dépistage du cancer du sein au Royaume-Uni utilisent les systèmes numériques. Ici, le budget alloué au programme de dépistage du cancer du sein, y compris les coûts du dépistage même, sont d'environ £52 millions par an. Comptant parmi les pionniers en mammographie numérique au Royaume-Uni, notre unité de dépistage du cancer du sein a eu l'occasion de se confronter aux complexités rencontrées lors du passage d'un système à écran-film à un système numérique.

Passer au numérique

J'ai rejoint l'hôpital universitaire de Coventry & Warwickshire pour mettre en place le programme de dépistage du cancer du sein de Warwickshire, Solihull & Coventry au moment du déploiement du Programme national de dépistage du cancer du sein au Royaume-Uni. Tous les trois ans, nous invitons 150 000 femmes de la région à un dépistage. Au regard des avantages avérés de la mammographie numérique (manipulation de l'image, stockage et transférabilité), nous avons accepté de réaliser un essai pilote avec un système numérique à grand champ sur une unité mobile en 2005 pour le NHSBSP (Programme de dépistage du cancer du sein du Service National de Santé du Royaume-Uni). Nous avons donc remplacé une de nos trois unités mobiles de dépistage à écran-film par une unité numérique à grand champ. Nous gérons également deux centres périphériques et une unité statistique qui s'occupe de toutes les évaluations et des travaux administratifs inhérents au programme de dépistage.

Notre camion mobile a été équipé du système numérique 'Mammographe Micro Dose' de Sectra, avec mini système PACS de mammographie. Notre collaboration au projet pilote nous a permis d'effectuer les essais physiques et cliniques de l'équipement, ce qui nous a par la suite incité à prendre la décision de mettre en place l'équipement sur le long terme. Nous avons effectué les tests sur des patientes invitées à passer des examens de rappel dans le cadre d'études de suivi, pour comparer le nouveau système numérique et l'ancien système à écran-film. Les résultats ont démontré qu'ils étaient équivalents en termes de qualité

d'image. A la suite du projet pilote, nous avons contracté un contrat de leasing de trois ans pour l'équipement. Avant cela, nos unités étaient exclusivement à écran-film.

Justifier les coûts élevés

L'un de nos premiers objectifs était de tester les demandes d'amélioration en termes de débit d'examen et de voir si nous pouvions réduire les temps d'examen standard, qui étaient alors de six minutes. Nous avons offert des formations aux techniciens en radiologie pour l'utilisation du nouvel équipement numérique et avons ensuite procédé à des évaluations d'examens de sept, six, cinq et quatre minutes.

Alors que le nouvel équipement se comportait bien lors des examens en quatre minutes, les patients, quant à eux, n'étaient pas satisfaits et avaient l'impression que la procédure d'examen était trop précipitée. Par contre, les dépistages effectués en cinq minutes se sont avérés acceptables, tant par les patients que par les techniciens en radiologie, ce qui nous a permis de proposer deux examens supplémentaires par heure, soit une hausse de 20%.

Toutefois, les coûts élevés de l'équipement ne peuvent se justifier uniquement par un débit d'examens élevé. Nous cherchons à présent à étendre les heures de service des unités mobiles jusqu'au soir, afin de réaliser pleinement des bénéfices potentiels. Cela offre également aux patients plus d'options lors de la prise de rendez-vous.

Nous prévoyons actuellement d'investir dans un équipement de mammographie numérique pour nos deux entités hospitalières périphériques qui gèrent également des cliniques centrales de chirurgie, ce qui augmente le flux de travail sur ces deux sites et les camions mobiles. Cela nous permettra de réduire le nombre de camions mobiles de trois (un numérique et deux à écran-film) à deux camions mobiles numériques. Tout cela sera soumis à une procédure d'appel d'offre et permettra d'accroître considérablement la rentabilité. Cela permettra également de réduire les coûts de film et de stockage, à la fois pour les examens symptomatiques et les examens de dépistage, et d'améliorer les services rendus aux patients.

Un des problèmes les plus importants en matière de flux de travail en mammographie sur écran-film est, bien entendu, le temps et les coûts de récupération des anciens films à partir de l'espace de stockage, et le chargement du MultiViewer. Dans la mesure où l'historique de nos patients actuels figure toujours sur les systèmes à écran-film, nous nous trouvons actuellement dans une zone de transition nécessitant l'utilisation de MultiViewers. Il faudra une phase entière (trois ans) de dépistage pour que la majorité des patients disposent d'un dossier entièrement numérique.

Passage au numérique au Royaume-Uni

Le Programme de dépistage du cancer du sein du Service National de Santé du Royaume-Uni (NHSBSP) propose le dépistage gratuit du cancer du sein à toutes les femmes âgées de 50 à 70 ans. Plus de 1,5 million de femmes sont aujourd'hui dépistées au Royaume-Uni tous les ans. Le NHSBSP s'appuie sur son système informatique NBSS (National Breast Screening System) - système national de dépistage du cancer du sein - pour gérer les convocations/re-convocations, les traitements des patientes et la collecte des données, ainsi que pour fournir des déclarations statistiques normalisées pour la surveillance et l'analyse du programme mis en place.

Le système NBSS ne dispose pas, aujourd'hui, de la fonctionnalité RIS. Les résultats doivent donc toujours être saisis séparément dans les deux systèmes, PACS et NBSS. Cela signifie que les économies en termes de travail de bureau et de travaux administratifs n'ont pas encore été matérialisées. L'objectif du NHSBSP est d'offrir à 90% des personnes présentes un premier rendez-vous d'évaluation gratuit dans les trois semaines qui suivent le dépistage. Malgré ce système hybride d'équipements à écran-film et d'équipements numériques, le projet pilote n'a pas entravé notre capacité à atteindre cet objectif.

Au cours du prochain exercice comptable, nous prévoyons que le programme national parviendra à compléter le système NBSS par l'intégration d'applications bureautiques et de la fonctionnalité RIS. Je suis sûr qu'une fois les fondements en place, le programme pourra envisager d'intégrer les coûts nécessaires pour de nouveaux équipements et le stockage des données au niveau national.

Un des avantages indéniables du numérique est l'élimination de la manipulation de films. Hormis les avantages environnementaux évidents, il est nettement plus facile de procéder aux contrôles qualité des deux dispositifs de mammographie et des postes de travail. Des solutions informatiques pour une surveillance centralisée de la qualité technique sont déjà bien avancées en Belgique. La téléradiologie peut s'avérer une aubaine à double tranchant. L'Union

européenne a entamé une procédure de consultation pour la protection des patients, lorsque ceux-ci, ou leurs images, franchissent les frontières nationales. La surveillance des services de dépistage du cancer du sein est déjà assez difficile sur notre propre territoire. L'introduction de la lecture transfrontalière des images représentera un réel défi.

DAO et mammographie numérique

Actuellement, nous ne disposons pas de dépistage assisté par ordinateur relié au système numérique à grand champ, car les bénéfices du DAO par rapport au système à double-lecture, actuellement en place au Royaume-Uni, n'ont pas été démontrés. La double-lecture des mammographies a montré qu'elle améliorerait le dépistage du cancer du sein de 9 à 15%. Aussi bien les études rétrospectives que les études prospectives du DAO se sont avérées difficiles à interpréter avec des résultats très variables, bien qu'il soit utilisé de manière routinière aux Etats-Unis où la lecture unique par des radiologues à faible volume de lecture est pratique courante. Au Royaume-Uni, où se trouvent majoritairement des radiologues à volume de lecture élevé, les résultats sont susceptibles d'être différents. L'étude « CADET I » a rétrospectivement jeté un regard prospectif sur plus de 10 000 cas, démontrant une légère augmentation des taux de dépistage du cancer, mais au prix d'un taux de rappel plus élevé. Le coût des rappels supplémentaires dépasse celui des économies réalisées en termes de lecture de films. Il n'est donc pas établi que le DAO apporte de réels bénéfices. Dans l'étude de rappel « CADET II » 30 000 femmes sont randomisées pour évaluer la double-lecture versus lecture unique avec le DAO. Elle est financée par le CRUK (Cancer Research UK) et le Programme de dépistage du cancer du sein du Service National de Santé du Royaume-Uni à Manchester, Coventry et Nottingham. Cette étude devrait répondre à la plupart des questions en suspens.

Conclusion

A mesure que l'infrastructure informatique annexe se développera et que les coûts d'équipements deviendront plus abordables, la mammographie numérique deviendra plus viable. Nous n'en sommes pas encore certains mais, l'un dans l'autre, je pense que les grands programmes de dépistage à l'échelle de la population qui utilisent la mammographie numérique ne seront que marginalement plus coûteux. Afin de réduire les coûts, nous devons considérablement augmenter le taux d'utilisation des équipements de mammographie numérique. Cela peut poser problème dans les zones rurales où il est difficile de trouver le personnel ou le nombre de patients nécessaires pour rentabiliser l'équipement.

Le cabinet de radiologie et d'échographie du Dr Jossier est le premier en France à adopter la mammographie numérique avec tomosynthèse pour le diagnostic

Le Dr Jean-François Jossier, un radiologue qui possède un cabinet privé situé au centre de Paris, croit fermement dans l'utilisation d'innovations technologiques pour augmenter la fiabilité de son diagnostic et fournir de meilleurs soins aux patientes. Au cours des 25 dernières années, cette philosophie a encouragé son investissement permanent dans les technologies les plus avancées pour son cabinet. En fait, l'engagement du Dr Jossier pour des soins de qualité en imagerie mammaire l'a conduit à être l'un des premiers radiologues en France à utiliser la mammographie numérique et le tout premier à utiliser la tomosynthèse dans son cabinet. Les deux produits ont été achetés chez Hologic, la société spécialisée en imagerie et soins de la femme, par l'intermédiaire de Stephanix, le distributeur Hologic en France.

Mammographie numérique

Le Dr. Jossier a installé son premier mammographe numérique Selenia d'Hologic en juin 2004 et ajouté un deuxième appareil fin 2007.

Bien qu'il fournisse des services de radiographie générale, son cabinet est spécialisé dans l'imagerie mammaire. En fait, les mammographies représentent 70 % des activités de son cabinet. Avec une maîtrise post-universitaire en sénologie et une affiliation au "Réseau Sein," un réseau parisien de radiologues spécialisés dans l'imagerie mammaire, le Dr Jossier s'engage résolument à utiliser les dernières technologies en mammographie.

"La technologie numérique a plusieurs avantages par rapport à une mammographie sur cassette. La faculté d'interpréter directement l'image en pleine résolution et d'ajuster le contraste facilite une détection plus aisée, surtout en cas de microcalcifications et de distorsions architecturales", a déclaré le Dr Jossier. "Grâce à des outils avancés tels que le Selenia, je suis en mesure d'offrir un meilleur diagnostic à mes patientes." Un meilleur contrôle du contraste est particulièrement important pour certaines populations de patientes, telles que les femmes ayant des prothèses mammaires. Selon le Dr Jossier, les prothèses représen-

tent un défi important pour les systèmes analogiques et il est essentiel que ces examens soient réalisés sur un équipement numérique. En plus d'une détection plus facile, tant les médecins que les manipulateurs profitent de la pro-

Chantal Poirot, manipulatrice, se prépare à réaliser une mammographie 2D et tomosynthèse (3D)

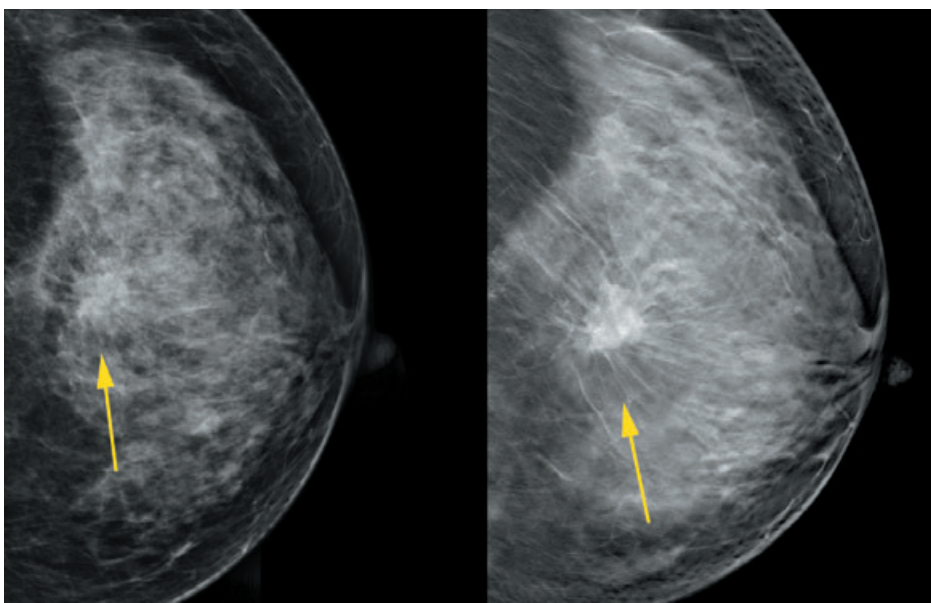


cédure améliorée de la mammographie numérique. Pour le Dr Jossier, la lecture des images sur la console de diagnostic Hologic SecurView est particulièrement facile et pratique.

"La mammographie numérique représente également un gros avantage pour les manipulateurs qui ne doivent plus manipuler les cassettes. Non seulement, la vitesse d'acquisition est améliorée mais ils sont en mesure de contrôler la qualité de l'acquisition pratiquement en temps réel," explique le Dr Jossier.

« En visualisant les images instantanément, ils peuvent prendre des clichés supplémentaires chaque fois qu'il y a une zone suspecte sans faire attendre la patiente. »

Les systèmes de radiographie numérisée (CR) composent actuellement la majorité des machines numériques françaises. Autrefois considérée comme une méthode rentable d'assu-



L'image de gauche est une mammographie numérique 2D montrant une image suspecte. L'image de droite est l'imagerie par tomosynthèse, du même sein, qui révèle clairement un cas de cancer en mettant en évidence le contour de la lésion et les spiculations.

rer la transition de l'analogique au numérique, la mammographie CR capture numériquement et enregistre les images, au lieu de devoir développer des cassettes de films. Bien que cette technique ait répondu à la nécessité d'une technologie numérique avant la disponibilité de véritables systèmes numériques plein champ, le Dr Jousier croit que la mammographie analogique a atteint ses limites.

La CR utilise une capture indirecte pour convertir les rayons X en lumière, ce qui dégrade la qualité de l'image. Le système numérique Selenia utilise un détecteur à conversion directe qui génère directement un signal électronique sans devoir convertir les rayons X en lumière. Le résultat est une image numérique plus nette et un meilleur contraste avec une plus grande cohérence. De plus, le CR utilise actuellement la dose maximale recommandée par l'EUREF (European Reference Organization for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services). Selenia, par ailleurs, utilise une technologie spéciale pour réduire la dose de près de 30 % tout en maintenant une qualité d'image supérieure sur une large gamme d'épaisseurs de sein.

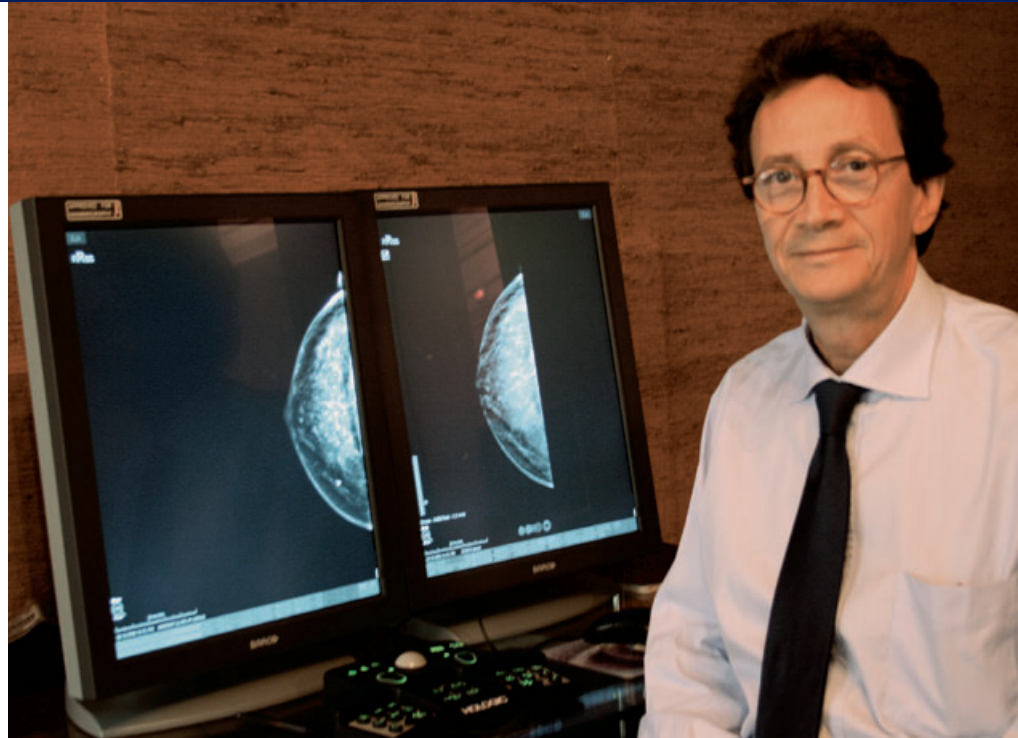
“Au moment de la sélection d'un équipement numérique, vous choisissez d'abord une marque pour la qualité des images produites”, explique le Dr Jousier. “Compte tenu de mes standards et de mes objectifs, le système Selenia était de loin le meilleur, à la fois en termes de qualité et de fiabilité.”

L'avenir de la mammographie

La mammographie CR ne fournit pas non plus à ses utilisateurs une plateforme qui permet de profiter des innovations technologiques en mammographie comme la tomosynthèse. En septembre 2008, le Dr Jousier est devenu le premier radiologue en France à proposer cette technologie avancée lorsqu'il a remplacé son système Selenia d'origine par le système Selenia Dimensions TM d'Hologic pour la tomosynthèse (mammographie numérique 3D).

La tomosynthèse consiste à acquérir plusieurs incidences (à très faible dose) et sous différents angles du sein sous compression afin de pouvoir reconstruire une image tridimensionnelle.

Avec l'imagerie bidimensionnelle, comme la mammographie analogique classique ou numérique, les zones préoccupantes sont parfois difficiles à visualiser en raison de la super-



Le docteur Jean-François Jousier, radiologue, croit en l'utilisation des innovations technologiques pour améliorer sa qualité de diagnostic et la qualité de soins des patients.

position des tissus. Bien que la tomosynthèse se compose de clichés multiples, chaque acquisition nécessite seulement 5 à 10 % d'une incidence 2D classique. En utilisant un détecteur au sélénium, les médecins sont en mesure d'effectuer un examen tridimensionnel avec une dose de radiation totale similaire à une mammographie classique.

La tomosynthèse offre plusieurs avantages, y compris une précision améliorée du dépistage et du diagnostic, moins de rappels et une plus grande confiance des radiologues. Une étude clinique a démontré sa faculté à réduire considérablement les taux de rappel. Sur environ 100 femmes rappelées en raison de zones préoccupantes dans leur mammographie initiale, près de la moitié n'auraient pas été rappelées si la tomosynthèse avait été utilisée pour l'examen de dépistage d'origine.

“Connaissant les principes de la tomographie en radiologie générale et la façon dont elle peut aider le diagnostic, j'ai toujours su que la tomosynthèse numérique du sein serait une technique précieuse”, ajoute le Dr Jousier. “Elle réduit le nombre de faux positives en éliminant les artefacts de l'image provoqués par les superpositions du tissu. Elle réduit les faux négatifs, particulièrement dans les seins denses en soulignant les distorsions architecturales qui ne sont pas facilement détectées sur une mammographie bidimensionnelle.

Dans l'ensemble, la tomosynthèse autorise une lecture plus aisée et un diagnostic meilleur et plus fiable, surtout en cas de densité mammaire 2-3 et de sein complexe.” Le Dr Jousier prévoit que la tomosynthèse numérique l'aidera à détecter les cancers plus tôt qu'une mammographie classique parce que ces images peuvent être prises séparément et examinées individuellement sans devoir procéder à des acquisitions supplémentaires.

“Le plus grand défi dans la détection du cancer du sein est de détecter plus tôt des lésions lorsqu'elles sont à un stade plus traitable”, explique le Dr Jousier. “La détection précoce est rendue possible par des innovations technologiques comme la tomosynthèse.”

Pour le Dr Jousier, une mise en œuvre réussie ne repose pas seulement sur une technologie de pointe. Avec Hologic et Stephanix, le distributeur d'Hologic, le Dr Jousier n'a pas seulement trouvé la technologie de pointe qu'il recherchait mais également une relation étroite qui lui a permis d'atteindre ses objectifs. “Une étroite relation basée sur la confiance et un excellent service s'est installée dès le premier jour”, ajoute le Dr Jousier. “Un partenariat très étroit avec des collaborateurs passionnés a été un facteur essentiel de notre succès.

ÉVALUATION DES PERFORMANCES DES TECHNOLOGIES DE MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

Examen des systèmes de mammographie numérique et études cliniques actuelles

Auteurs

**Pr Dr R. Schulz-Wendtland¹,
K. P. Hermann²,
Professeur W. Bautz³**

¹Institut de Radiologie
Radiologie gynécologique
Université d'Erlangen-
Nürnberg
Erlangen
Allemagne

Ruediger.Schulz-Wendt-
land@dr.med.uni-
erlangen.de

²Université Georg-August
Institut de radiodiagnostique
Göttingen
Allemagne

³Directeur
Institut de radiodiagnostique
Université
Friedrich-Alexander
Erlangen-Nürnberg
Erlangen
Allemagne

La mammographie numérique peut faire la différence, sur plusieurs plans. Non seulement pour le dépistage des cancers du sein, mais également pour éviter des biopsies non indispensables et limiter certaines modifications d'approche chirurgicale, en offrant aux cliniciens et technologues de meilleures opportunités de manipulation des images obtenues, en augmentant la qualité de l'image et en limitant les faux négatifs.

Évaluation d'un système de mammographie numérique : qualité de l'image

Les systèmes de mammographie numérique actuellement brevetés par la US Food and Drug Administration (FDA) atteignent une résolution allant jusqu'à 5-12.5 lp/mm. La qualité de la résolution et son importance dans l'évaluation d'un système de mammographie numérique ont pendant longtemps été au centre de discussions techniques. Au niveau européen, des travaux sont en cours pour un addenda à la section couvrant la « mammographie numérique » du Protocole européen de Contrôle-Qualité (PECQ) portant sur les aspects physiques et techniques du dépistage par mammographie, afin de déterminer les limites supérieures de visibilité des contrastes qui constitueraient une mesure essentielle de la qualité de l'image.

Les exigences inférieures, en terme de visibilité des contrastes locaux, pour les systèmes de mammographie numérique, se justifient du fait que les lésions sont détectées en raison de leur contraste par rapport à l'arrière-plan. La visibilité des contrastes, ou d'autres fonctions de transmissions utilisant les contrastes, constituent une mesure plus appropriée que la fonction de transfert de modulation utilisée par les couples écran-film ou le seuil de fréquence de perception visuelle qui en dérive.

Contrôle qualité pour mammographie numérique

Le Protocole européen de Contrôle-Qualité (CQ) des aspects physiques et techniques du dépistage par mammographie stipule qu'« un pré-requis pour un projet de dépistage réussi est que les mammographies contiennent suffisamment d'informations diagnostiques pour dépister le cancer du sein en utilisant des doses de radiation aussi basses que possible (ALARA) ».

Dans la mesure où le CQ des aspects physiques et techniques du dépistage par mammographie commence par la spécification et l'acquisition de l'équipement approprié, il est primordial de répondre aux normes de performances en vigueur. Avant que le système ne soit validé pour une utilisation clinique, il doit être soumis à un essai d'acceptation afin de s'assurer que les performances répondent à ces normes. Cela vaut pour l'équipement à rayons X, le récepteur d'images, le processeur de film et le dispositif de test CQ du système de mammographie. Après acceptation, les performances de tous les équipements doivent être maintenues au plus haut niveau possible.

Le CQ des aspects physiques et techniques doit garantir que le radiologue dispose d'images fournissant les meilleures informations diagnostiques possibles et que les images contiennent au moins le niveau d'information défini comme nécessaire pour détecter la plus petite lésion (voir document CEC EUR 16260). La qualité de l'image doit être stable quant au contenu des informations et à la densité optique et être non-contradictoire avec celle obtenue par d'autres centres de

Aperçu

En mammographie numérique, un capteur électronique absorbe les rayons X entrants et produit un signal électronique. Celui-ci est digitalisé dans un convertisseur analogique-numérique et peut de ce fait être traité, visualisé et stocké dans un ordinateur. En radiographie numérique, l'imagerie se divise en trois étapes : l'enregistrement, le traitement et la reproduction. Cela signifie que chaque étape individuelle peut être optimisée; par ailleurs, le caractère numérique de l'image offre une opportunité pour la téléradiologie.

dépistage participants, et la dose mammaire doit être aussi basse que possible (ALARA) pour l'information diagnostique exigée. (Plus d'informations sur www.euref.org)

Systèmes de mammographie numérique agréés FDA

Parmi eux, le Senographe 2000D (GE Medical Systems), qui utilise un capteur plan numérique de 19 x 23 cm². Ce capteur est basé sur une couche semi-conductrice de sélénium amorphe. Le Senoscan de Fischer Imaging utilise, quant à lui, un capteur « à balayage » mesurant 1 x 22 cm² et constitué d'une barrette de 4 dispositifs à couplage de charges (CCD) utilisant une taille de pixel par défaut de 54 µm. La technologie CCD convertit les photons de la lumière entrante en porteurs de charge libre. Le Lorad Digital Breast Imager (LDBI) fonctionne avec un système d'acquisition d'image numérique constitué de 12 CCD disposés en forme de mosaïque et connectés à un grand capteur plan constitué d'un scintillateur en iodure de césium dopé au thallium. Ce récepteur couvre une zone de 18,6 x 24,8 cm². Hologic ne prévoit pas, quant à lui, de continuer la commercialisation de ses unités à CCD, mais concentre ses activités sur le capteur plan numérique composé de sélénium amorphe.

Enfin, parmi les deux derniers dont je tiens à faire mention ici, citons un système basé sur le Selenia de Hologic, le Siemens Novation et un système de mammographie numérique Instrumentarium et Giotto de chez AGFA. Ce système de mammographie numérique utilise un capteur plan numérique de 24 x 29 cm² qui, à la place d'un scintillateur, dispose d'une couche semi-conductrice de sélénium amorphe. Le sélénium permet la conversion directe des rayons X en charge électrique. Enfin, le système de mammographie FCR 5000MA à grand champ de Fujifilm comprend un lecteur d'images à plaque d'une résolution de 50 µm pour tous formats de mammographie, équipé de technologie de lecture sur deux faces.

Résultats d'études cliniques

Les derniers développements en matière de technologies de mammographie numérique sont-ils à ce point supérieurs aux systèmes conventionnels de mammographie par couples écran-film que leur acquisition en devienne impérative lors de l'équipement de départements d'imagerie modernes ? Les résultats actuels d'importantes études cliniques portant sur le taux de dépistage de tumeurs malignes n'en sont pas si sûrs. La technologie numérique peut-elle en définitive quantifier avec exactitude à quel point elle est supérieure à son prédécesseur non numérique ?

Ainsi, lorsque Obenaus et al. et Fischer et al. ont comparé la mammographie numérique et la mammographie conventionnelle par couple écran-film dans le cadre de recherches cliniques et de contrôle, ils ont obtenu des résultats comparables ou une très faible supériorité de la technique numérique.

Dans une étude comparative de 692 patientes menée par Venta, Hendrick et al., les résultats obtenus entre la mammographie conventionnelle par couple écran-film et la mammographie numérique étaient en concordance dans 82% des cas, en con-

cordance partielle dans 14% des cas et en discordance dans 4% des cas, ce qu'ils expliquaient par la variabilité des interobservateurs. La concordance inter-juges est un facteur important ici, dans la mesure où elle mesure l'accord entre deux ou plusieurs observateurs évaluant le même objectif.

Dans une étude menée par Skaane et al. (Oslo I) comprenant 1 832 femmes examinées avec les deux techniques, et alors que les auteurs n'avaient trouvé aucune différence significative dans les taux de dépistage, les doses moyennes dans l'air et le parenchyme se sont révélées plus élevées pour le système numérique que pour le système conventionnel. Cette étude a suscité bon nombre de critiques à l'égard de différentes variables; et de surcroît les résultats sont diamétralement opposés à ceux obtenus par Hermann et al., qui a révélé une réduction de dose de 25% pour la mammographie numérique par rapport à la mammographie conventionnelle. En 2004, Skaane et al. a publié une autre étude (Oslo II) menée sur 10 303 patientes examinées avec la technologie conventionnelle et 3 985 patientes examinées avec la technologie numérique. Les résultats, en termes de taux de dépistage, ont été considérablement meilleurs pour la mammographie numérique.

Lorsque, plus tard, Skaane a vérifié ces résultats au regard de l'observation de chercheurs en travaillant tous les jours avec le système de mammographie numérique, il est arrivé à la conclusion qu'une formation d'un minimum de deux à trois mois était essentielle pour la mammographie numérique afin d'augmenter la précision, contrairement à la mammographie conventionnelle par couple écran-film.

Je souhaiterais ici mettre également en avant une autre étude intéressante publiée par le Digital Mammography Imaging Screening Trial (DMIST) Investigators Group. Il s'agit de la seule étude clinique prospective randomisée, comprenant au total 49 000 femmes, toutes examinées avec les deux techniques et évaluées séparément dans 11 institutions.

Elle a révélé que malgré le même taux de dépistage de cancers pour toutes les patientes, il y avait d'importantes améliorations dans les résultats obtenus avec les systèmes de mammographie numérique chez les femmes de moins de 50 ans, celles présentant des seins denses à la radiographie et celles en péri-ménopause.

Conclusion

Sur la base d'études sur fantômes et d'études cliniques, la mammographie numérique à grand champ utilisant un capteur numérique de sélénium amorphe, la mammographie numérique à grand champ utilisant les capteurs CCD et le capteur numérique de sélénium amorphe pour mammographie numérique à grand champ se sont avérés de valeur égale ou légèrement supérieure aux systèmes conventionnels de couples écran-film.

Cette information reste importante pour les prestataires de services de santé soucieux d'améliorer à la fois les taux de dépistage du cancer du sein et la qualité de l'image dans leurs établissements.

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Auteur
Pr Frank Boudghene

Professeur
de Radiologie
Hopital Tenon
Paris, France

Ce qui est en train de changer dans le domaine de la santé en France

Depuis ces dernières années, on assiste à une véritable transformation de notre modèle français de système de santé, et cette évolution va se poursuivre en impactant l'organisation même de la santé en France : il est en effet temps de l'adapter aux nouvelles exigences qui sont celles de la complexité de la médecine moderne dans le monde actuel.

L'accès aux soins change

Depuis son origine en 1945, la Sécurité sociale a comme objectif de prendre en charge la santé de l'ensemble des résidents légaux sur le territoire français ; malgré tout, aujourd'hui, encore une faible partie de la population qui vit en France n'a pas accès au système de soins.

A l'origine c'est un modèle de type Bismarckien car initialement conçu à partir de l'activité professionnelle. Et bien que certaines catégories professionnelles (agriculteurs, indépendants) aient leurs propres caisses, ce système couvre 80% de la population française. La Sécurité sociale est financée par des fonds qui proviennent pour partie des employeurs et pour partie des employés. Mais comme la part qui provient des taxes individuelles (CSG, RDS) augmente progressivement, ce système est en train d'évoluer vers un modèle de type Beveridgien. Il permet ainsi que ce système ne soit pas financé par le seul appareil productif au risque de ne pas être durable.

La plupart des caisses d'assurance maladie sont privées et gérées conjointement par les représentants des employeurs et des employés, sous la supervision de l'Etat qui a un rôle de régulation. Ce type de gouvernance est sujet à de nombreux désaccords d'autant que le budget annuel de l'assurance maladie

(qui atteint presque le niveau de celui de l'Etat) est voté annuellement par le Parlement (ONDAM), les taux de remboursement et les prélèvements sont décidés par le Ministère, et les tarifs négociés entre les assurances et les professionnels de santé.

Les 3/4 du montant total des dépenses de santé sont couverts par la Sécurité sociale, alors que le montant restant est réglé par les patients eux-mêmes ou leurs assurances privées complémentaires (87% assurés).

Comme une grande partie des biens et services sont couverts par la Sécurité sociale, l'objectif de limitation de la consommation et des dépenses médicales a contribué à provoquer une augmentation progressive de la participation des patients, qui devient désormais relativement élevée pour certaines dépenses de médecine de ville. Par exemple, 30% du coût de la consultation d'un médecin est à la charge des patients (ou de leur assurance complémentaire), et environ 20% des généralistes et 40% des spécialistes pratiquent un dépassement d'honoraires.

En janvier 2000, un nouveau programme public d'assurance maladie (CMU) a été mis en place pour permettre aux citoyens les plus démunis (10% de la population) d'avoir un accès facilité aux soins, dans la mesure où très peu d'entre eux étaient couverts par une assurance maladie complémentaire.

En théorie l'accès aux soins est gratuit pour ces bénéficiaires de la CMU dans la mesure où cette assurance couvre l'ensemble de leurs frais de santé, et où les professionnels n'ont pas le droit de pratiquer de dépassement. Cette dernière disposition n'est pas sans poser de problèmes de régulation

(critères d'attribution de la CMU, contraintes financières des médecins libéraux....)

Cependant, le débat se poursuit afin d'aller vers un système de prise en charge à la fois plus efficient et plus équitable, en cherchant à définir un ensemble de biens et services accessibles pour tous et financés à 100% par la puissance publique, sans perdre de vue que ce système est financé par les employés, leurs employeurs, et par des taxes. Les biens et services de santé restants seraient alors accessibles à ceux qui accepteraient de payer pour eux-mêmes, qu'ils soient ou non pris en charge par leur assurance privée.

Jusqu'en 2006, l'accès aux soins n'était pas limité en France et les patients pouvaient consulter autant de praticiens qu'ils le souhaitaient. Ceci peut avoir en partie contribué au premier rang d'excellence qu'occupait la France dans le classement de l'OMS, qui ne tient pas compte de l'efficience (coût/efficacité) des systèmes de santé. Depuis un parcours de soins a été institué en France, et chaque patient doit dorénavant désigner un médecin référent. Le remboursement des frais de consultation d'un médecin spécialiste n'est complet qu'à la condition que les patients soient adressés par leur médecin référent; et il semble qu'on s'oriente vers un taux de prise en charge hors parcours de soins encore plus réduit (50%).

Le rôle de l'Etat évolue

Depuis 1991, c'est au niveau régional que se discute le programme de santé, et désormais sa mise en œuvre est actée dans les SROS pour 5 ans. En 2006, le 3ème plan de ce type (SROS 3) a été établi jusqu'en 2011, et il comporte une partie opposable qui fixe des objectifs précis sur un territoire donné

durant une période donnée. Un des changements par rapport aux plans précédents concerne le nombre d'implantations d'équipements lourds qui n'est plus relatif à une population donnée mais plutôt à un territoire; par exemple en Ile-de-France d'ici 2011, le nombre de Scanners va être porté de 171 à 201 et le nombre d'IRM de 114 à 146.

L'offre de soins se transforme

Les hôpitaux

En France, les hôpitaux sont au cœur du système de santé, et les soins sont plutôt orientés en priorité vers des activités médicales curatives spécialisées et techniques, alors que pour les activités préventives ou médico-sociales l'effort est moins sensible. Il y a essentiellement deux types d'hôpitaux : les établissements publics et les établissements privés à but lucratif; bien qu'il y ait quelques structures privées à but non lucratif comme dans de nombreux pays développés, la France présente le plus fort taux d'établissements privés à but lucratif (2 fois plus qu'aux Etats-Unis; 37% des établissements).

Les 2/3 des lits d'hospitalisation sont situés dans les établissements publics, et un bon nombre de ces établissements ont comme mission d'assurer la permanence des soins, l'enseignement et la formation des plus jeunes. Les Centres Hospitalo-Universitaires sont plus spécialement contraints par ces obligations et ont aussi la charge des soins les plus complexes et plus coûteux (transplantation, polytraumatisés, grands brûlés...) tout en ayant aussi la mission de développer la recherche. Les cliniques privées à but lucratif sont depuis longtemps financées à l'activité et de ce fait plus impliquées dans des activités techniques et chirurgicales, ainsi que des soins de courte durée, plus simples à manager sur le plan financier.

Une tendance générale à la diminution du nombre de lits d'hospitalisation a été observée ces dernières années (8,4/1000 habitants) et depuis 2005 une convergence tarifaire a été instaurée entre les établissements publics et privés sur la base d'une tarification à l'activité (T2A). Elle avait pour but de remplacer progressivement les deux

modes de financement existants (public en dotation globale et privé à l'activité), et suite à la convergence totale qui s'est opérée en janvier 2008, cette tarification est désormais commune aux deux systèmes. De ce fait, on observe qu'un certain nombre d'établissements publics et plus particulièrement les CHU sont en déficit cette année, et un premier établissement hospitalier vient d'être placé sous administration provisoire.

Les professionnels de santé

Les médecins jouent un rôle clé dans le système de santé, et environ 200 000 d'entre eux pratiquent en France. Mais du fait de la limitation du nombre d'étudiants en médecine par le *numerus clausus*, le départ à la retraite des praticiens les plus âgés va provoquer une diminution du nombre global de médecins en activité dans les prochaines années.

Cette évolution à la baisse de la démographie médicale va se traduire par un premier solde négatif entre les entrants et les sortants dès 2008 (-2%). Environ la moitié des médecins qualifiés sont généralistes et l'autre moitié sont spécialistes, dont environ 7 000 radiologues. Les médecins travaillent dans le système public (2/3 dans les hôpitaux, et 1/3 dans d'autres structures), ou en pratique privée.

Depuis 1971, une nouvelle convention est signée tous les 5 ans par les représentants des médecins sur la base d'une régulation de l'activité et des rémunérations. En 1980 et 1990 des modifications ont été introduites dans le mode de rémunération (secteur 2 à honoraires libres), et 1993 fut l'année où les premières références médicales opposables (RMO) ont fait leur apparition. En 1998 les négociations entre les syndicats médicaux et les tutelles échouèrent et la convention ne fut signée que par les syndicats de généralistes et pas par ceux de spécialistes.

Les praticiens libéraux sont assez fermement opposés à toute limitation des dépenses de santé de ville, dans la mesure où ces contraintes risquent d'affecter leurs pratiques et leurs prescriptions, bien qu'une bonne partie de leurs ressources provienne de

« fonds publics ». De nombreux problèmes persistent et touchent à des domaines variés :

- il existe une certaine inégalité d'accès aux soins entre les régions, à la fois en termes de compétences et de coût : il y a deux fois plus de spécialistes dans le Sud de la France et en région parisienne que dans le Nord de la France par exemple, et à Paris intra-muros 70% des spécialistes sont en secteur conventionné avec complément d'honoraires.
- il existe un défaut important de coordination et de coopération entre les différents acteurs du système de santé, en raison de la compétition entre les secteurs publics et privés, entre les structures ambulatoires et les hôpitaux, et aussi entre certains professionnels de santé! Et cette compétition sort renforcée par la mise en place de la T2A.
- il existe également selon les spécialités et les régions des déséquilibres dans les modes d'exercice touchant à la fois aux rémunérations et aux contraintes liées à la permanence des soins, qui provoquent une désaffection grandissante des plus jeunes pour l'hôpital.

Récemment, diverses mesures incitatives ont été proposées pour faciliter la mise en place de réseaux de soins (DNDR, FAQSV), afin de bâtir ces liens manquants entre les différents acteurs et structures; mais l'équilibre économique de tels systèmes doit être trouvé si l'on veut faciliter leur développement.

De la même façon, la crainte de l'apparition de « déserts médicaux » incite les tutelles à réglementer la liberté d'installation des médecins pour pallier certains déficits, et le risque existe qu'à terme le lieu d'installation des médecins soit sujet à de fortes incitations.

Enfin, l'accès aux équipements lourds est assez inégal et le délai peut varier du simple au double selon les régions : il atteint actuellement en 2008 plus d'un mois en moyenne pour un rendez-vous d'IRM.

Un dossier médical électronique (DMP) est en cours d'élaboration depuis 2007, et l'intégration en réseau de l'information médicale, que va permettre cet outil technolo-

gique, sera d'une grande aide pour faciliter la nécessaire modernisation du système de santé français. Il permettra notamment de joindre des images médicales aux autres données des patients.

Financement des soins et de la santé

Comme depuis plus de 30 ans les déficits du système de santé s'accumulent d'année en année, de nombreuses mesures ont été progressivement introduites pour limiter les dépenses de santé en régulant l'offre de soins disponible : limitation du nombre de médecins et du nombre de lits d'hôpitaux, négociation des tarifs des actes ambulatoires et contrôle des prix des médicaments, etc.

Depuis 1990, un plafond annuel des dépenses de santé a été initié dans certains secteurs, les prix variant en fonction de l'atteinte ou non des objectifs de dépense fixés. Depuis 1996, le Parlement détermine le budget

annuel des dépenses de santé sur le territoire national (ONDAM), et répartit le montant retenu entre les différents secteurs (public, privé, ambulatoire...).

Les dépenses hospitalières sont réparties en fonction des régions afin d'obtenir un maillage suffisant permettant d'assurer une prise en charge adaptée des populations concernées sur leur territoire.

Une fois que les dépenses annuelles sont fixées, les assurances complémentaires (secteur privé) ou le gouvernement (secteur public) sont tenus de les faire respecter, mais l'absence de régulation suffisante des dépenses de santé contribue à générer des tensions entre les fournisseurs de soins et les tutelles.

Enfin, des franchises ont été progressivement introduites ces dernières années et contribuent à augmenter le reste à charge des

assurés sociaux. Ces franchises les incitent à recourir à des assurances complémentaires.

Les challenges à venir

Progressivement, on assiste à un glissement du modèle Bismarckien vers le modèle Beveridgien, où le financement résulte moins d'un arbitrage entre contributions et impôts, et plus en une combinaison de différentes taxes (impôt sur le revenu, impôt professionnel, TVA, CSG, RDS...) ainsi que d'une participation plus importante des patients.

L'arbitrage dans la répartition de ces différentes taxes et participations va devenir dans un futur proche un enjeu important du débat politique, aussi bien en France qu'en Europe et probablement également dans de nombreux pays confrontés à cette même évolution de la médecine moderne et de la santé.

LA GESTION DES PROCESSUS AU SEIN D'UN DÉPARTEMENT DE RADIOLOGIE

Pour l'amélioration du système de qualité



Auteurs
Pr R. Duvauferrier,
S. Badonnel,
Y. Rolland,
C. Bourdeau.

Département de Radiologie
et Imagerie Médicale
Hôpital Sud, Rennes, France

regis.duvauferrier
@chu-rennes.fr

Le présent article aborde principalement les efforts entrepris par le Département de Radiologie Diagnostique de l'Hôpital Sud de Rennes pour la mise à niveau de son Système de Qualité ISO 9001.

La transformation des processus internes du département a en effet permis d'optimiser le flux de travail, mais aussi d'améliorer l'identification des processus et d'offrir une vision plus globale du département.

Cette approche s'avère essentielle surtout dans le secteur de santé très concurrentiel d'aujourd'hui, où l'exigence ne concerne pas seulement la qualité des soins mais exige un coût le plus bas possible.

Le Département de Radiologie et Imagerie Médicale de l'Hôpital Sud fait partie de l'hôpital de Rennes qui dessert environ 55 000 patients par an avec près de 76 000 interventions. Dans l'ancien système de gestion de processus, les soins aux patients revêtaient une importance plus grande que les programmes d'éducation et de recherche.

Le système de documentation du département, pour sa part, était structuré selon des normes ISO 9000 et était subdivisé en vingt chapitres, tous basés sur ces mêmes normes. Suite à cela, deux entités externes de contrôles ont été désignées pour évaluer le nouveau système de qualité basé sur les principales normes en vigueur, le Mouvement Français pour la Qualité

(MFQ) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Le système de documentation quant à lui a été évalué par le biais de deux questionnaires, un questionnaire qualitatif sur l'acceptation du système par le personnel et un questionnaire quantitatif sur l'efficacité de la recherche.

Evaluation de la gestion des processus

L'approche « processus » consiste à considérer l'organisation en termes de flux et de successions de transformations générant une valeur ajoutée au modèle de certification ISO 9001/2000, lequel impose une gestion des processus et incorpore à la fois la gestion et l'assurance de la qualité. Afin de visualiser les liens qui existent entre les différents processus, un Diagramme de Flux de Données (DFD) a été créé, représentant ainsi l'organisation en termes d'entrées et de sorties.

En tant qu'outil de gestion, l'approche processus donne la priorité aux résultats et aux produits proposés aux clients des hôpitaux, à savoir les patients, les correspondants et les étudiants. Un processus est une transformation qui apporte de la valeur ajoutée et qui intervient entre les entrées et les sorties. Le "DFD" quant à lui repose sur les besoins des clients, et représente systématiquement l'ensemble des processus.

Il permet la réalisation de la mission de l'organisation et nécessite le fractionnement de chaque niveau de transformation en plusieurs processus principaux. Les processus sont ainsi choisis en fonction de leur lien direct avec les activités de l'organisation. A chaque étape, il est recommandé de s'assurer que les processus ne génèrent pas de données superflues relatives aux besoins des clients.

Pour la réalisation de cette évaluation, les normes MFQ et ANAES ont été traduites en tableaux pour mieux refléter les exigences. Ensuite nous avons posé la question suivante: "Est-ce que la qualité du système peut nous permettre de savoir...?" Cinq réponses possibles ont été retenues:

non, partiellement, en grande partie, totalement, et non applicable (N/A). Ces réponses correspondent de manière respectueuse aux cinq colonnes des tableaux avec des annotations allant de 0,1, 2, 3, à N/A. En établissant une liste des critères non applicables et en répondant aux questions applicables au système, nous avons déterminé le pourcentage des possibilités de non application ainsi que la conformité du système avec chaque exigence.

Le DFD a ensuite été résumé dans une table des matières exposant les processus dans leurs lignes générales. Les principaux processus sont ainsi devenus les titres primaires du plan et une table des matières a été générée à partir des sous-titres. Cette table des matières a constitué la base du reclassement des processus déjà existants et des instructions de travail précédemment classées parmi les vingt chapitres précédents de l'ancienne norme ISO 9001.

Après l'introduction du plan général du DFD dans l'intranet du département, une évaluation qualitative a été accomplie au moyen d'une enquête de satisfaction des clients. L'évaluation quantitative du système a été accomplie quant à elle au moyen d'un sondage: une semaine après le lancement du nouvel intranet, un groupe représentatif du personnel a été chronométré afin d'évaluer leur rapidité à rechercher leur documents.

Les avantages du diagramme de flux de données

Le DFD nous a permis de mieux identifier la mission du département. Sa subdivision en quatre processus principaux a été réalisée d'après les quatre chapitres de la nouvelle norme ISO 9001, eux-mêmes subdivisés en quatre en-têtes comme suit:

- « Diriger » : sur la base du concept « Le département en tant que projet », derrière la réalisation des processus primaires ou principaux;
- « Gérer » : chercher à établir une interaction entre les processus de gestion;
- « Soins aux patients » : basé sur les "non-conformités"

qui surviennent lorsque le patient est sous la responsabilité du département, et donnant lieu à des actions préventives;

- « Mesurer, analyser et améliorer » : basé sur "des actions préventives et correctives" pouvant s'appliquer à chaque processus.

Évaluation du nouveau système

L'évaluation basée sur la norme ISO 9004 a donné 2,5% de non applicabilité et 95% de conformité avec les exigences de la norme. Des lacunes néanmoins ont été mises en évidence et étaient liées à l'irrégularité d'identification des besoins et des attentes des clients.

Pour l'évaluation conduite selon la norme MFQ, celle-ci a révélé que les nouveaux critères de la norme étaient tous applicables et que le système satisfaisait 83,9% des besoins.

Ici, les lacunes étaient liées à l'évaluation des efforts des membres du personnel ainsi qu'à la qualité des services offerts par les fournisseurs et les contractants externes.

Enfin, l'évaluation selon la norme de l'ANAES a révélé que 64,63% des critères de la norme n'étaient pas applicables et que le système parvenait à 93,93% de satisfaction des besoins. Les lacunes se rapportaient ici à la méthode de gestion des formulaires d'admission et ceux des ressources humaines.

Les commentaires étaient positifs par rapport à tous les domaines nécessitant une amélioration. Un des grands avantages de la gestion des processus est qu'elle détermine la vraie mission du département de radiologie et permet de vérifier la pertinence entre les services fournis et les besoins réels des utilisateurs.

Elle élimine aussi les processus superflus et supprime les données inutiles générées par certains processus. La participation du personnel s'est révélée essentielle, réduisant ainsi l'isolement entre les départements tout en contribuant à l'amélioration de la compréhension mutuelle entre l'ensemble des services de l'établissement hospitalier.



Auteur
**Dervla
Gleeson**

Directeur
de rédaction
IMAGING
Management

editorial@
imagingmanagement.org

PROFIL DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE L'IMAGERIE MÉDICALE

Protection des intérêts de l'imagerie médicale en France

Durant ces vingt dernières années, des progrès technologiques majeurs ont transformé la radiologie et l'imagerie diagnostique et thérapeutique. Les radiographies médicales ne constituent plus le principal volume de travail des radiologues; les ultrasons, la résonance magnétique et les dispositifs assistés par ordinateur ne sont que des exemples parmi tant d'autres de ce qui constitue une partie importante de leur volume de travail diversifié et quotidien. Tout en tenant compte des besoins du patient, le radiologue répond aux questions soulevées par le médecin traitant. Continuellement réévaluée et transformée, la profession de radiologue est à la fois dynamique et fermement orientée vers le futur. Avec des bases reposant sur le diagnostic, la radiologie médicale évolue pour se consacrer aux services thérapeutiques et à la prise en charge globale du patient à travers l'imagerie interventionnelle. Les demandes que traitent les professionnels de la santé d'aujourd'hui ont amplifié le rôle de la technologie de telle sorte que l'efficacité est devenue un repère déterminant de la qualité des soins fournis. Depuis 1907, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) fait face à ces changements de vocation et poursuit ses différents objectifs, comme indiqué ci-dessous.

Rôle de la FNMR

La FNMR a pour mission de promouvoir la radiologie libérale et de représenter et défendre les intérêts des spécialistes en imagerie médicale. Dirigée par le président Jacques Niney et un groupe d'éminents experts en la matière, la FNMR est une fédération médicale rassemblant 70% des professionnels français actifs dans le domaine de l'imagerie médicale, et compte plus de 3 800 affiliés. Forte de cette base, la FNMR se porte garante de la représentation et de la défense des professionnels de l'imagerie médicale auprès des organismes de santé et des pouvoirs publics sur la scène internationale.

La FNMR se charge également d'une variété d'autres activités qu'elle accomplit au nom de ses membres. Elle fournit entre autres des informations et des services et sert de point de conseil et d'interventions. La FNMR défend par ailleurs les intérêts de la profession dans le cadre de sa politique de rassemblement qui vise à satisfaire les besoins des médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

En outre, dans le cadre de sa collaboration avec la SFR (la Société Française de Radiologie), le CERF (le Collège des Enseignants en Radiologie de France) et le SRH (le Syndicat de Radiologues Hospitaliers), tous réunis dans le cadre de l'organisation des 'G4', la FNMR fournit une plateforme essentielle pour l'identité professionnelle de la Communauté française de radiologie.

Rôle permanent et missions

La FNMR représente et défend les intérêts des médecins radiologues auprès des autres intervenants du monde médical et des pouvoirs publics.

Tout en assurant un service d'imagerie efficace accessible à tous, la FNMR représente également les intérêts des patients. Elle leur garantit d'accéder au meilleur diagnostic et aux meilleures techniques d'imagerie thérapeutique, et par conséquent à un service médical plus performant. La FNMR aide également les médecins radiologues à gérer leur entreprise. Elle informe ses membres de l'évolution de la profession, notamment en matière de développements informatiques, juridiques et administratifs. De ce fait, la FNMR prépare le futur de l'imagerie médicale et des soins de santé en général.

La fédération a en outre mis en place une structure de formation continue pour les médecins radiologues et leurs employés. Par ailleurs, elle joint ses efforts à ceux de la SFR, du CERF et du SRH pour la mise en œuvre des directives de l'Euratom, en particulier dans les domaines de la radioprotection et de la justification des actes.

Activités actuelles

- Propositions de normes cohérentes et équitables pour la reconnaissance des meilleures pratiques;

- Observatoire d'imagerie;
- Observatoire de sénologie;
- Labels de qualité pour les départements de radiologie;
- Promotion d'activités visant à lutter contre le cancer du sein en partenariat avec d'autres intervenants;
- Formation aux professionnels de la santé et du personnel des départements d'imagerie en collaboration avec FORCOMED et la FMC, dans des domaines comme la prise en charge du cancer du sein, la radioprotection, l'assurance qualité et la gestion de département;
- Amélioration de l'accès aux nouvelles technologies d'imagerie comme la tomodensitométrie multicoupe;
- Formations aux bonnes pratiques en imagerie destinées aux professionnels de la santé, à la lumière du guide développé par la SFR et inspiré des directives européennes en la matière;
- Reconnaissance officielle du statut d'entrepreneur pour les responsables des départements de radiologie;
- Reconnaissance du caractère primordial de l'imagerie auprès des réseaux centralisés fournisseurs de services de soins de santé.

Pour plus d'informations sur les activités de la FNMR, veuillez consulter son site Internet à l'adresse :

www.fnmr.org

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE RADIOLOGIE

Promotion de la profession de radiologue en France

La Société Française de Radiologie (SFR), fondée en 1909, est une association scientifique à but non lucratif qui promeut et préserve de manière très active les meilleures normes en matière de radiologie et des sciences connexes. Ce rôle est par ailleurs facilité par la promotion de l'enseignement et des activités de recherche en France dans ces domaines, mais aussi à travers l'élaboration et l'harmonisation des bonnes pratiques.

D'après les derniers chiffres, la SFR compte plus de 7 200 membres. De manière générale, le nombre de membres a doublé au cours des 10 dernières années. La SFR est financée en grande partie grâce aux cotisations de ses adhérents, alors que les bourses accordées aux jeunes radiologues sont quant à elles financées par les partenaires de la SFR du secteur privé. La SFR est administrée par un Conseil d'administration composé de radiologues des plus éminents au niveau national, provenant à la fois du secteur privé et du secteur public. Le CA est présidé par son Secrétaire général, le Professeur Jean-Pierre Pruvo. L'administration quant à elle compte dix employés et est gérée par une Directrice exécutive, Madame Catherine Prop.

Le Congrès annuel

Parmi les multiples réalisations de la SFR dans ses efforts de promotion de la profession de radiologue et des sciences connexes en France, il y a le Congrès annuel et les Journées Françaises de Radiologie (JFR) qu'elle organise à Paris tous les mois d'octobre. Avec un niveau de participation dépassant les 16 000 personnes, le Congrès JFR est l'un des plus importants du genre dans le monde, tenant ainsi la deuxième position derrière le Congrès Mondial de Radiologie RSNA aux Etats-Unis.

Les principaux axes scientifiques abordés durant le Congrès sont l'amélioration des pratiques de l'imagerie médicale, la diffusion des principes directeurs des activités cliniques et la présentation des progrès médicaux et scientifiques les plus récents. En complément, d'autres axes sont représentés comme les meilleures pratiques en matière d'applications informatiques, l'efficacité diagnostique, la gestion des départements de radiologie et la protection contre les radiations. Le Congrès fournit également une plateforme idéale pour la tenue de sessions de formation et d'activités agréées de formation continue (FMC) ayant pour objectif ultime de promouvoir l'innovation et la qualité dans les soins de santé.

Publications et activités pédagogiques

La SFR publie sa propre revue mensuelle, 'Le Journal de Radiologie', de même que cinq séries de manuels médicaux. Les résumés des articles proposés sont disponibles gratuitement, et en anglais, sur le site Internet de la SFR. L'association publie également des aides didactiques traitant de sujets précis, comme "l'imagerie du sein", "l'imagerie par résonance magnétique IRM", et "l'onco-radiologie". La SFR met régulièrement au point des aides pédagogiques multimédia sous forme de CD-roms et par le biais de son site Internet. Au cours des deux dernières années, plus de 1 000 affiches électroniques ainsi que des conférences enregistrées projetées pendant le Congrès ont été également mises à disposition gratuitement sur le site Internet de l'association.

La SFR fournit aux radiologues, techniciens et autres professionnels de la santé des programmes et matériaux pédagogiques agréés FMC, dont le contenu est continuellement renouvelé et mis à jour. Ceci figure d'ailleurs au premier plan de sa mission. Au niveau international, la SFR est également fortement engagée dans la mise au point et la mise à disposition de programmes pédagogiques et de matériel d'enseignement dans les pays francophones avec lesquels elle a construit une collaboration rapprochée au fil des ans.

Depuis 2001, la SFR s'est également investie dans l'initiative IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). L'initiative IHE vise à améliorer les soins aux patients en harmonisant les échanges d'informations relatives aux soins de santé et en fournissant un cadre basé sur des normes communes à même de permettre une diffusion régulière et continue de l'information de santé auprès des prestataires de soins. Parallèlement, la SFR soutient fortement l'établissement et le développement de la Société Européenne de Radiologie dont le professeur Guy Frija est l'actuel Secrétaire général.

Meilleures pratiques et procédures

S'agissant de la mise au point des bonnes pratiques et des normes, la SFR a donné la priorité à l'introduction d'instruments importants émanant de la directive 97/43/Euratom. Pour cela, la SFR a publié deux manuels techniques incontournables, le premier sur les meilleures pratiques et le second sur les procédures. A l'heure actuelle, la SFR a établi un

Auteurs

Pr Jean-Pierre Pruvo, Trésorier
Catherine Prop, Directrice Exécutive

Société Française de Radiologie (SFR)
Paris, France
sfr@sfradiologie.org
www.sfrnet.org

programme ambitieux visant à développer et étendre ces instruments à l'ensemble de la discipline de l'imagerie par coupes.

La SFR se consacre également à d'autres domaines essentiels de la radiologie, comme de favoriser une augmentation de l'installation des IRM et des scanners en France, la promotion d'une nouvelle nomenclature et de l'utilisation des images radiologiques dans le dossier médical informatisé.

En association avec les syndicats de radiologues français du privé et du public, de même qu'avec le Collège des Enseignants de Radiologie, la SFR a contribué à la fondation d'une organisation professionnelle appelée G4. Le but de cette collaboration est d'harmoniser les stratégies pour la protection de la radiologie et de l'imagerie médicale en France, de même que de pouvoir présenter des positions communes dans les négociations avec les institutions nationales et autres organismes de santé.

G4 : une seule voix pour l'imagerie médicale en France

Le G4 est constitué des principales institutions professionnelles de l'imagerie médicale de France. Ces quatre organismes représentent la radiologie en France et agissent d'une seule et même voix tant au niveau public que politique sur les questions stratégiques rencontrées par un secteur qui fait face à de nombreuses révolutions majeures et à une technologie en évolution constante. En plus de la SFR, le G4 inclut les trois associations nationales principales :

- Le Collège des Enseignants en Radiologie de France (CERF), présidé par le Professeur Denis Krauze, qui réunit tous les radiologues des hôpitaux universitaires français et organise des formations.
- La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR), dirigée par le Dr Jacques Niney, est un syndicat qui défend les intérêts des radiologues indépendants.
- Le Syndicat de Radiologues Hospitaliers, présidé par le Docteur Daniel Bersani.

La SFR est et continuera d'être active dans la protection de la profession de radiologue en France et des spécialités médicales y afférant, agissant en tant que plateforme pour la promotion des intérêts de ses membres dans différents domaines.

COMMENT ... AUGMENTER LA PRODUCTIVITÉ DU POSTE DE TRAVAIL



Auteur
Pr Elizabeth Krupinski
Professeur de
Recherche

Département de
Recherche en Radiologie
Université d'Arizona
Arizona, Etats-Unis

krupinski@
radiology.arizona.edu

Dans le cadre de mon travail, le domaine général qui m'intéresse le plus est la perception de l'imagerie médicale et la prise de décision, c'est-à-dire jusqu'à quel degré d'exactitude les radiologues interprètent les images et quels facteurs contribuent à l'élaboration de meilleures stratégies de prise de décision. La composante clé dans la chaîne d'imagerie est l'affichage, ou le moment où l'image va rencontrer le système œil-cerveau du radiologue. Au tout début de la radiologie numérique, la question qui se posait était simple : est-ce que les radiologues peuvent atteindre le même niveau d'exactitude avec les affichages en soft copy numérique qu'avec le cliché traditionnel? Quand la réponse à cette question est oui, une autre question se pose ensuite, à savoir comment optimiser l'affichage soft copy. Le présent article se concentre sur cet aspect et sur d'autres facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'utilisation du poste de travail.

Pendant un certain nombre d'années, nous avons travaillé sur l'optimisation de l'affichage soft copy en analysant l'influence des propriétés d'affichage, telles que la luminosité, la méthode d'étalonnage, la compensation du bruit, etc., sur la performance diagnostique des radiologues. Ce type d'analyse fait toujours partie de nos activités, même si nous nous intéressons davantage aujourd'hui à l'évaluation des mesures d'efficacité et de l'exactitude du diagnostic.

Par exemple, nous examinons les types de paramètres d'affichage déjà notés, mais nous ajoutons un chronométrage du temps total de visionnage par image. Nous enregistrons aussi dans de nombreuses études la position de l'œil pour déterminer le niveau d'efficacité du radiologue quand il parcourt l'image ou quand il récupère et traite l'information qui y est présentée pour rendre une décision de diagnostic. Nous avons constaté dans plusieurs études que les affichages optimisés se montrent non seulement enclins à produire une meilleure exactitude de diagnostic mais aussi à améliorer l'efficacité d'interprétation. Les radiologues semblent localiser plus rapidement les anomalies et nécessiter moins de temps pour les distinguer de l'arrière-plan, ce qui les amène donc à prendre une décision correcte.

Quels sont les facteurs qui améliorent la productivité?

Comme déjà indiqué, optimiser l'affichage est un facteur essentiel qui influe sur la productivité. De plus, la disposition des images et les outils sur le / les affichage(s) jouent un rôle essentiel. Dans une étude qui enregistrait la position de l'œil, nous avons constaté que les lecteurs passaient environ 20% de leur temps de recherche à se concentrer sur le menu et les outils plutôt que sur l'image elle-même. Le "protocole en suspens" de l'image et la disposition du menu et des outils ont de fait une influence sur la productivité. Pour de nombreuses personnes, cela veut dire adaptation de l'outil à son utilisateur. D'ailleurs, de nombreux développeurs de

postes de travail incorporeront cette fonction d'adaptation dans leurs produits.

Un autre facteur clé qui n'a pas été bien étudié jusqu'à présent est la nature du périphérique d'entrée. La plupart des radiologues utilisent la souris (boutons et/ou la molette de défilement), les raccourcis clavier, une manette joystick ou d'autres périphériques du genre. Certains de ces équipements, comme la souris, sont plutôt rigides et peu commodes à utiliser. Ils peuvent ralentir et ils ralentissent bien le processus d'interprétation de l'image, surtout lorsqu'il s'agit de faire défiler des centaines à des milliers d'images. Cela peut aussi provoquer des blessures dues à un usage répétitif. Il est donc nécessaire de réaliser plus de recherches pour trouver des moyens innovateurs d'interaction avec les données images.

Accroître le volume d'images aura un impact sur la santé du travailleur

La radiologie n'est pas la seule discipline qui souffre de l'augmentation du volume de données. La pathologie est aussi une discipline qui vient de commencer sa révolution numérique avec l'introduction de lamelles virtuelles (lamelles numérisées), et ses images sont aussi grandes, sinon plus que celles de la radiologie. De nombreux services utilisent de plus en plus de données images de toutes sortes pour les soins courants aux patients et de plus en plus de cliniciens utilisent des postes de travail pour différents travaux d'interprétation. Les études que je suis en train de mener avec Kevin Berbaum, Dr à l'Université de l'Iowa, consistent à observer un effet de l'accroissement du volume d'images sur la santé et la satisfaction du radiologue.

D'une façon plus spécifique, nous examinons les effets du stress visuel et de la fatigue sur la performance de l'observateur. Des sondages préliminaires ont démontré que les radiologues ressentent de plus en plus de stress visuel, une vision

floue, vision double, maux de têtes et douleurs aux épaules / au dos, en comparaison des effets du visionnage d'images sur les clichés traditionnels. Grâce à un appareil qui mesure l'adaptation visuelle et qui détermine la précision avec laquelle le radiologue situe et concentre son regard sur un point dans l'espace (ex. une fracture sur l'image d'un os), nous essayons de quantifier les effets de longues heures de lecture sur un affichage numérique sur l'exactitude du diagnostic. Pour le moment, nous avons constaté que la capacité d'adaptation décroît bien évidemment en fin de journée (après de longues heures de lecture) comparé au début de la journée de travail.

Est-ce que cela apporte une solution?

On est en train d'assister à la mise au point de plus en plus d'outils de détection assistée par ordinateur, et ce, pour une large variété d'anomalies et de modalités. La prochaine grande étape sera d'obtenir l'approbation de la FDA pour les outils informatiques qui fournissent aussi une estimation ou une probabilité de malignité dans le cadre d'examen comme les mammographies, l'examen du colon ou du poumon. La clé dans les deux cas est de maximiser la sensibilité et la spécificité de manière à ce que le radiologue ait suffisamment confiance dans les décisions de l'ordinateur. Une autre aide technique est le développement d'images 3D, que ce soit par la tomographie ou par la production d'images et affichages stéréo.

David Getty, docteur à BBN Technologies, a mis en évidence des améliorations étonnantes dans la détection et la classification des anomalies mammographiques avec des images stéréo. Il sera donc utile de procéder à une investigation plus poussée de ces types de techniques en portant une attention très particulière à la fois sur l'exactitude de diagnostic et sur les temps d'interprétation afin de vraiment déterminer leur valeur.

Garantir que la santé du travailleur est protégée

Des blessures répétitives dues au stress sont communes à l'utilisation d'appareils périphériques inadaptés (souris, notepad, etc.) et les problèmes d'épaules, cou et dos sont très répandus à cause du mauvais choix de chaises, de moniteurs installés à une hauteur inappropriée, etc. Comme déjà indiqué, le stress de l'œil et la fatigue visuelle semblent bien plus communs qu'on ne pourrait le penser. La seule manière d'éviter ces problèmes est de se familiariser avec les recommandations ergonomiques.

Pour la conception des salles de lecture, comme soulignée dans les manuels de radiologie numérique ACR, lisez les recommandations de la loi américaine sur la santé et la sécurité du travail (OSHA) concernant l'utilisation d'ordinateurs en général, et faites aussi appel à votre bon sens. Si vous ressentez un inconfort ou des douleurs, c'est révélateur de

l'existence avérée d'un problème, et malheureusement, comme c'est probablement presque toujours le cas, c'est à l'individu lui-même de trouver une solution et de changer son environnement de travail de la meilleure façon possible.

Par ailleurs, il est utile d'être conscient des signes de fatigue – si votre vue commence à être floue ou que vos yeux sont secs, alors arrêtez-vous quelques minutes, regardez au loin un point éloigné du moniteur et reposez vos yeux pendant quelques minutes. C'est aussi probablement une bonne idée pour les radiologues de faire des contrôles ophtalmologiques réguliers. Lire à des distances très rapprochées pendant des heures peut causer de la myopie. Des lentilles de correction (lunettes spéciales pour ordinateur) peuvent se révéler utiles pour de plus en plus de personnes et à des âges de plus en plus jeunes par comparaison à la lecture sur cliché traditionnel.

Facteurs de réussite

La conception d'un bon poste de travail et l'attention apportée aux détails ergonomiques lors de l'aménagement de l'environnement de lecture numérique réduiront les distractions, amélioreront le confort du lecteur et réduiront le temps nécessaire pour rassembler efficacement et traiter de manière cognitive l'information des images affichées. Si on prend en compte tout cela, alors il y a une bonne probabilité de réduction des erreurs de lecture.

Les réunions de groupes d'utilisateurs, les comités inter-départements, les groupes de planification pour les aménagements de salles de lecture etc., sont tous utiles pour le bon déploiement des postes de travail internes. Plus on recevra d'informations de la part d'utilisateurs éventuels, plus la solution adoptée aura de chance de marcher et d'être admise. Il n'est peut-être simplement pas possible de satisfaire tout le monde juste avec un seul choix.

Interopérabilité, flexibilité de licences, mises à jour, contrats d'entretien, etc., viennent la plupart du temps d'office avec l'appareil, mais n'oubliez pas de les exiger en cas de doute des vendeurs lorsque vous choisissez des postes de travail. Une autre chose importante à demander est peut-être de voir si le vendeur est disposé à adapter l'affichage à votre établissement, voire à un utilisateur individuel. Dans le passé, ceci n'a pas été vraiment pris en considération mais comme les logiciels deviennent de plus en plus puissants et flexibles, vous pourrez trouver des postes de travail qui s'adaptent à leur utilisateur.

Plus un individu utilise un poste de travail, plus le poste de travail pourra enregistrer les préférences de l'utilisateur, son style, etc., et s'adapter à cet utilisateur particulier. Quand quelqu'un d'autre y accède, l'ordinateur reconnaît le nouvel utilisateur et affichera la configuration qu'il a apprise de cet utilisateur au lieu de celle de l'utilisateur précédent. Cette possibilité n'est pas si loin dans le futur.

INTERVIEW AVEC LE PROFESSEUR JEAN-PIERRE PELAGE

Hopital Ambroise Paré, Paris, France

► Parlez-nous de votre expérience en matière d'embolisation des fibromes utérins (EFU) ?

J'ai reçu une formation en tant qu'interne et j'ai effectué ma première procédure EFU en décembre 1993 à l'hôpital Lariboisière, un hôpital universitaire parisien, sous la supervision du Dr Le Dref, un des pionniers dans ce domaine. C'est là aussi que le Pr Jean-Jacques Merland a réalisé la première EFU. J'ai ensuite entamé un internat de quatre ans en radiologie interventionnelle dans le même établissement.

L'hôpital Lariboisière s'appuie sur une longue expérience en radiologie interventionnelle, aussi bien en neuroradiologie qu'en radiologie périphérique. C'était à l'époque l'hôpital de référence pour la gestion des urgences gynécologiques et obstétriques comme les hémorragies post-partum. Je me suis impliqué dans les interventions gynécologiques et j'ai créé une consultation spéciale pour les candidates à l'EFU, à l'embolisation ovarienne ou aux procédures sur les trompes.

J'ai ensuite rejoint un autre hôpital universitaire, Paris Ouest, où j'ai été promu Maître de Conférences en Radiologie en 2003, et Professeur en Radiologie en 2006. Nous avons adopté la même méthode de travail avec les gynécologues sur la base de discussions pluridisciplinaires pour tous les cas de patientes souffrant de fibromes utérins.

► Dans quelle mesure êtes-vous impliqué dans le CIRSE et le groupe de travail UFE ?

Je suis membre du CIRSE (Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe) depuis que j'ai entamé ma spécialisation en radiologie et je me suis progressivement associé à différentes commissions. D'abord celle sur les normes de pratique, qui a publié des recommandations communes sur l'EFU avec la Société Américaine de Radiologie Interventionnelle. J'ai également contribué à l'élaboration et au suivi du registre EFU, soutenu par le CIRSE. Enfin, le CIRSE a établi un groupe de travail EFU dont je suis le président.

Nous avons rassemblé un groupe de radiologues et de gynécologues venus de différents pays européens avec pour objectif de promouvoir l'EFU. La première étape a été franchie avec le lancement du site web sur l'EFU, qui sera progressivement disponible en plusieurs langues, afin que les patientes puissent mieux comprendre les fibromes utérins, les options thérapeutiques et leurs principes, ainsi que leurs avantages et effets secondaires.

Un chapitre intitulé «Trouvez un médecin près de chez vous» fournira une liste de centres où l'on pratique l'embolisation. Nous avons également mis en place un groupe consultatif dédié à la promotion, la formation et la recherche dans ce domaine.

► Comment peut-on comparer l'EFU aux traitements courants ?

Depuis les publications scientifiques, y compris les grandes études prospectives et les études randomisées par rapport à la chirurgie, nous savons que l'EFU est une alternative précieuse à l'hystérectomie et à la myomectomie multiple. L'EFU n'est habituellement pas tant un traitement de première ligne qu'une alternative à la myomectomie simple, particulièrement par laparoscopie ou hystéroscopie.

Toutes les études démontrent que l'embolisation est très efficace pour contrôler d'importants saignements menstruels et les symptômes afférents. Les réductions de volume de l'utérus et des fibromes vont de 30 à 60% après traitement. Les séjours hospitaliers sont réduits à une à deux nuits dans la plupart des cas. Certains centres bien organisés offrent même l'EFU en tant que procédure ambulatoire. La convalescence est courte, et la plupart des femmes ne prennent qu'une semaine de congé maladie.

Les complications sont rares quand le personnel est qualifié. Les analyses de rentabilité menées en Amérique du Nord et en Europe prouvent que l'EFU soutient la comparaison

avec l'hystérectomie et la myomectomie malgré le coût de l'IRM pré- et post-opératoire et la nécessité de matériel à usage unique comme les cathéters.

► L'EFU est-elle une des procédures principales effectuées par les radiologues interventionnels ?

Vu le pourcentage important de femmes présentant des symptômes liés aux fibromes, on pourrait s'attendre à ce que l'EFU soit une procédure courante. Pourtant, elle n'est souvent disponible que dans les grands hôpitaux et universités où on trouve des radiologues expérimentés et des centres spécialisés dans le traitement des fibromes.

Dans certains centres comme le nôtre, l'EFU est une des nombreuses embolisations pour troubles gynécologiques et obstétricaux. Nous traitons les malformations artéro-veineuses pelviennes, les saignements liés au cancer, l'endométriose, et les hémorragies post-opératoires ou du post-partum. En fait, l'EFU s'avère très utile pour la formation de jeunes radiologues qui doivent effectuer toutes sortes d'embolisations pelviennes en urgence.

► Comment s'assurer que les gynécologues soient informés sur l'EFU de façon à pouvoir présenter cette procédure en tant qu'option thérapeutique ?

De nombreux gynécologues connaissent actuellement l'EFU même s'ils n'en maîtrisent pas toutes les indications. Les réunions et publications scientifiques seront d'une grande utilité. Les médecins de familles doivent gérer tant de pathologies qu'il est difficile pour eux de se familiariser aux nouveaux traitements. Nous essayons de les informer via les réunions locales et les publications. Le site EFU du CIRSE comprend une section destinée aux médecins, qui présente les différents aspects de la technique, les indications, les résultats et le suivi. Une liste actualisée des publications est également disponible. Le site est très prometteur pour les patientes car il existe en plusieurs langues. En effet, il est parfois difficile pour les patientes qui ne parlent pas l'anglais de trouver ces informations sur Internet.

► Quels essais sont disponibles sur la comparaison des options chirurgicales et non chirurgicales, et que nous disent-ils sur la sécurité et l'efficacité de l'EFU en tant qu'alternative ?

Il existe plusieurs études de grande qualité. En particulier, les résultats de deux études randomisées multicentriques menées au Royaume-Uni (étude REST) et aux Pays-Bas (essai EMMY) qui ont été publiés récemment. Les deux études ont comparé les résultats de thérapies chez des patients

auxquels on a appliqué de façon aléatoire l'EFU ou la chirurgie, et les résultats confirment que l'EFU est équivalente à l'hystérectomie en termes de qualité de vie après traitement. Les complications mineures sont légèrement plus élevées après embolisation et les complications majeures après chirurgie. Le séjour hospitalier, la durée de la convalescence et le coût sont légèrement favorables à l'embolisation. Il n'est pas étonnant qu'en comparant un traitement conservatoire à l'hystérectomie, le taux de réintervention soit plus élevé après EFU, particulièrement en cas d'échec clinique.

► Comment peut-on gérer au mieux la douleur ?

La meilleure façon d'éviter les complications est une bonne sélection de patientes, idéalement en collaboration avec les radiologues et les gynécologues impliqués. En effet, certains types de fibromes répondent mal à l'embolisation ou sont associés à un risque plus élevé de complications. Les attentes des patientes devraient être évaluées avant embolisation afin d'éviter les problèmes: de très grands utérus ne redeviendront jamais normaux malgré une dévascularisation satisfaisante de tous les fibromes et les patientes devraient en être informées.

Différents protocoles sont utilisés pour réduire l'inconfort des patientes pendant et après l'embolisation. L'administration de NSAID (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'analgésiques, l'utilisation de pompes ACP ou d'analgésie spinale sont couramment pratiquées pour gérer la douleur qui peut être intense dans les 6-12 heures qui suivent l'embolisation. Nous sommes en train d'étudier la valeur de microsphères d'embolisation chargées d'analgésiques libérés dans la circulation sanguine à l'endroit de l'embolisation.

► Que réserve l'avenir de l'EFU et comment développe-t-on des traitements plus sûrs et plus efficaces ?

Je pense que l'EFU peut devenir un traitement de première ligne pour les jeunes patientes qui essaient de concevoir, surtout si la seule alternative est l'hystérectomie et la myomectomie multiple. Des études supplémentaires sur la question de la fertilité devraient être menées pour vérifier cette thèse. La meilleure preuve que l'EFU est un traitement global et efficace est que les chirurgiens essaient d'imiter son mécanisme et son action. Le clippage laparoscopique de l'artère utérine et le clampage de l'artère utérine transvaginale sont envisagés comme alternative à l'EFU.



Interviewé
Pr Jean-Pierre Pelage

Hôpital
Ambroise Paré,
Paris, France

AGENDA

Congrès & Conférences

Décembre 2008

15 – 20 **27^e Conférence annuelle Head-to-Toe Imaging (Imagerie corps entier)**
New York, Etats-Unis
www.med.nyu.edu/courses/cme/headtotoe08

Janvier 2009

5 – 9 **17^e Salon d'hiver annuel sur les nouveautés en imagerie diagnostique**
Beaver Creek, Etats-Unis
www.radiologycme.Stanford.edu/2009vail

5 – 9 **Les essentiels de l'imagerie médicale**
Costa Rica, Costa Rica
www.med.nyu.edu/courses/cme/costarica09

7 – 11 **Congrès de l'Association Indienne d'Imagerie**
Patna, Inde
www.iria2009.com

8 – 10 **3^e Cours sur l'imagerie de la tête et du cou**
Leuven, Belgique
www.headandneckimaging.be

27 – 31 **Congrès de l'imagerie médicale de l'université de New York**
Hawaii, États-Unis
www.med.nyu.edu/courses/cme/hualalai09

Février 2009

2 – 4 **10^e Atelier pratique ESGAR CT colonographie**
Harrogate, Royaume Uni
www.esgar.org

16 – 20 **Cours ERASMUS sur l'IRM de la tête et du cou**
Vienne, Autriche
www.emricourse.org

Mars 2009

4 – 7 **10^e Rencontre annuelle sur les progrès en imagerie et intervention du sein**
Las Vegas, Etats-Unis
www.radiologycme.stanford.edu/2009breast

6 – 10 **21^e Congrès européen de radiologie**
Vienne, Autriche
www.myesr.org

23 – 27 **17^e Salon annuel sur les nouveautés en imagerie diagnostique de Maui**
Maui, Etats-Unis
www.radiologycme.stanford.edu/dest

25 – 26 **3^e Atelier de l'ESGAR sur l'ablation guidée par l'image**
Londres, Royaume-Uni
www.esgar.org

Avril 2009

4 – 7 **Symposium international de Charing Cross**
Londres, Royaume-Uni
www.cxsymposium.com

15 – 18 **Rencontre européenne GEST 2009**
Paris, France
www.gest2009.eu

16 – 19 **68^e Rencontre annuelle de la Société Japonaise de Radiologie**
Yokohama, Japon
www.radiology.jp

21 – 24 **2^e Congrès panarabe de radiologie**
Alexandrie, Egypte
www.parcalex.com

22 – 24 **6^e Symposium interdisciplinaire sur la radiologie aortique**
Vienne, Autriche
www.visar.at

28 – 1 **25^e Congrès iranien de radiologie**
Téhéran, Iran
www.icr2009.ir

Mai 2009

19 – 22 **11^e Symposium annuel sur les scanner multicoups à rangées multiples de détecteurs (Multidetector-Row CT)**
San Francisco, Etats-Unis
www.radiologycme.stanford.edu/dest

20 – 23 **Deutscher Roentgenkongress (DRK)**
Berlin, Allemagne
www.roentgenkongress.de

27 – 29 **II Congreso cubano de imagenología**
La Havane, Cuba
www.sld.cu/sitios/imagenologia

28 – 29 **Conférence des spécialistes de la radiologie interventionnelle (Interventional Fellows Conference)**
San Francisco, Etats-Unis
radiologycme.stanford.edu/dest

Juin 2009

23 – 26 **20^e Rencontre annuelle de l'ESGAR et session de cours postuniversitaire**
Valence, Espagne
www.esgar.org

IMAGING Management

Edition française
est publié grâce à une collaboration
entre la Société Française de Radiologie (SFR)
et EMC Consulting Group
28/7 rue de la Loi
B-1040 Bruxelles, Belgique
T : +32/2/286 85 00
F : +32/2/286 85 08
www.imaging-sfr.org



Editeur

Christian Marolt
c@imagingmanagement.org



Rédacteur en chef

Pr Iain McCaill



Rédactrice en chef adjoint

Pr Elisabeth Schouman-Claeys



Directrice de rédaction

Dervla Gleeson
editorial@imagingmanagement.org

Editeurs et traducteurs

Caroline Hommez, Gwenaelle Ansieau,
Samy Bouayad, Elisabeth Swendenwein,
Olivier Bourdouxhe, Lee Campbell



VP Global Marketing Communications

Dr. Don I Idrees
d.idrees.cd@imagingmanagement.org



Directrice de communication

Iphigénie Papaioanou
i@imagingmanagement.org



Service clientèle

Yana Konstantinova
office@imagingmanagement.org

Département artistique

Nicolas Bernier, Directeur
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 : 12 000 copies
ISSN= 2031-2385

© IMAGING Management – Edition 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 erronés n'apparaissent 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.

La circulation est vérifiée

La circulation de IMAGING Management, Edition 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

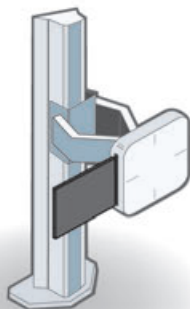




EMC Consulting - Your Gateway to European Healthcare Management Cons

- Strategic healthcare management consulting
- E-Health and education
- Media, public relations and communications
- Event Cocooning
- Congress and conference participation
- Association representation and lobbying

ICI, ICI ou ICI



ET HOP!

VOUS AVEZ UNE SALLE CAPTEUR PLAN



VOICI LE PREMIER CAPTEUR PLAN « SANS FIL » AUX DIMENSIONS EXACTES D'UNE CASSETTE 35x43. VOUS POUVEZ AINSI ADAPTER VOTRE ÉQUIPEMENT XY SANS AUCUNE MODIFICATION.