

INTERVIEW DE M. LE PROFESSEUR PHILIPPE GRENIER

Secrétaire général de la Société française de radiologie

Vous êtes le nouveau secrétaire général de la Société française de radiologie (SFR). Pouvez-vous nous présenter votre société : ses membres, ses structures, ses principales actions ?

La SFR est l'une des plus anciennes sociétés savantes, puisqu'elle fêtera son centenaire en 2009. Elle a toutefois connu son plus fort développement au cours des douze dernières années sous l'impulsion de mon prédécesseur Guy Frija. Parmi ses principales actions, plusieurs axes sont particulièrement à souligner :

1. L'organisation de son congrès annuel, « les Journées françaises de radiologie (JFR) », manifestation très visible, très forte. Il y a eu par exemple 16 000 participants cette année dont 10 000 professionnels (radiologues, apparentés...), une exposition technique de 15 000 m²...

2. Le *Journal de radiologie* qui, depuis quelques années, est complété par des feuillets de formation médicale continue (FMC) qui connaissent un très grand succès. La SFR est d'ailleurs elle-même editrice de beaucoup de documents de FMC, qui sont le fruit de tous les cours et conférences présentés aux JFR. Les cours sont eux-mêmes mis en ligne sur le site de la SFR et mis à disposition de ses membres tout au long de l'année. L'action de la SFR en matière de formation médicale continue est donc très riche. Celle-ci devrait encore être renforcée à très court terme du fait des nouvelles obligations faites aux médecins dans ce domaine. Nous avons déjà observé de ce fait une augmentation des cotisants. La SFR compte 6 000 membres et nous savons qu'il y a environ 7 000 radiologues en France.

3. Les affaires professionnelles sont aussi une part importante des activités de la SFR. Dans le cadre de la transposition de la directive Euratom 97/43 « Radioprotection des patients », nous avons rédigé des référentiels de bonnes pratiques, en particulier le *Référentiel du bon usage des examens d'imagerie*, en partenariat avec la Société française de biophysique et de médecine nucléaire, de l'IRSN, de l'ASN (Autorité de sécurité nucléaire) et de la HAS. Nous gardons



Monsieur le Professeur Philippe Grenier est le Secrétaire général de la Société française de radiologie depuis 2006. Spécialiste de radiologie thoracique, il dirige le service de radiologie polyvalente, diagnostique et interventionnelle, du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

d'ailleurs des relations suivies avec ces différentes structures. La SFR est régulièrement interrogée par la HAS lorsqu'elle constitue des groupes d'experts pour établir des recommandations de prise en charge pour des pathologies impliquant l'imagerie. Toujours dans l'esprit de coordonner ces actions au sein des affaires professionnelles, la SFR s'est rapprochée des autres structures représentatives de la profession que sont, d'une part, le syndicat des radiologues libéraux (FNMR), le Syndicat des radiologues hospitaliers (SRH) et, d'autre part, le Collège des enseignants de radiologie de France (CERF) qui rassemblent tous les hospitalo-universitaires de radiologie. Ces quatre structures n'avaient pas toujours dans le passé un langage commun, et la SFR a eu la volonté de fédérer ces actions en

créant ce que l'on appelle le Conseil professionnel de l'imagerie médicale, appelé aussi « G4 ». C'est une structure de 14 personnes dans laquelle siègent des représentants du CERF, du SRH, de la FNMR et de la SFR. Le secrétaire général de la SFR préside de façon statutaire ce G4 qui devient, de fait, le guichet unique de la radiologie pour les tutelles. Elle est la structure la plus représentative de la profession.

La SFR a toujours été un interlocuteur très actif et écouté des autorités sanitaires en matière de planification. Quelle est, selon vous, la situation actuelle de la France à ce sujet ? Les retards dénoncés il y a quelques années ont-ils été rattrapés ?

En matière d'autorisations, des efforts ont été faits, mais la France reste en dernière position, au niveau européen. Notre retard s'est réduit, mais nous sommes toujours en sous-équipement.

Je ne suis, pour ma part, pas favorable à la dérégulation : cela serait absurde. Le fait de garder un outil réglementaire d'autorisation d'équipements lourds, au niveau régional bien sûr, est à mon sens un élément très favorable pour la restructuration de la profession. Et puis, soyons clairs, c'est aussi la meilleure façon pour nous de ne pas voir nos

équipements utilisés par d'autres spécialités : cela permet de conditionner les autorisations à un cahier des charges précis et de fixer des pré-requis en termes de formation, de bonnes pratiques, de règles d'utilisation, d'audit, etc.

Par contre, nous sommes favorables à plus d'équipements pour rattraper le retard par rapport à nos voisins européens. On peut reprocher aussi l'existence d'une inégalité de l'offre entre les régions. Cette hétérogénéité n'a aucun sens et doit être déplorée. Certaines régions n'ont même pas donné toutes les autorisations qui étaient prévues dans la fourchette de l'ouverture 2004, alors que dans d'autres régions cette fourchette est déjà dépassée par dérogation, dépassement parfaitement justifié par l'analyse des besoins et des objectifs au sein des comités régionaux d'imagerie.

Il faudrait aussi, au sein des SROS imagerie, intégrer, en complément des équipements lourds, l'archivage et les réseaux d'images (PACS). L'archivage est devenu un outil de bonnes pratiques en imagerie en coupes, afin d'éviter une perte de chance pour les patients. Si l'on ne dispose pas des outils qui permettent de comparer les examens antérieurs dans le suivi en cancérologie ou dans les maladies chroniques par exemple, c'est une perte de chance pour les malades et cela retentit sur la qualité des informations que l'on retire d'un examen. L'archivage n'est pas un outil administratif mais un outil médical, et il faut vraiment que ces demandes de PACS et de RIS soient intégrées aussi dans la réflexion des agences. Enfin, si demain le DMP (dossier médical patient) se met en place et, dans la mesure où les autorités ont compris la pertinence d'intégrer les images dans les dossiers médicaux, il faudra à aussi que cet archivage soit généralisé. Si, sur ces sujets, les hôpitaux ont compris la démarche, nos collègues libéraux sont en retard sur ce point.

L'augmentation du nombre d'équipements restera toutefois dans une fourchette limitée compte tenu de la démographie médicale, puisque l'on va perdre d'ici 2020 30 % de nos effectifs. L'acquisition d'une nouvelle autorisation d'équipements lourds devrait être l'occasion pour les professionnels de se restructurer. Les radiologues doivent se regrouper ; les petits cabinets n'ont plus d'avenir même pour des raisons de proximité. En effet, la proximité se gère plus facilement au sein de grands groupes qui assurent, dans leur mode de gestion et d'organisation, le fonctionnement de petites antennes de proximité. C'est là que les nouveaux outils de télé-imagerie gérés par les professionnels eux-mêmes avec ce type d'objectifs prennent tout leur sens.

La restructuration de la profession autour de plateaux d'imagerie lourds facilite l'efficacité de l'investissement tout en maintenant un certain degré de proximité. Cela est déjà fait dans des grandes villes de province, mais ce n'est pas encore le cas partout.

Au-delà de la proximité, il y a aussi la continuité des soins. Les agences régionales devraient inciter les professionnels à s'engager dans cette démarche, mais le fait que les tutelles n'ont jamais accepté d'intégrer l'imagerie en termes d'effectifs, de moyens et de rémunération dans la prise en charge des urgences nous a conduit à des situations de blocages et d'incoordinations qui seront difficiles à rendre réversibles.

Ce numéro d'ITBM RBM News présente « l'état de l'art en imagerie médicale », version 2007, document issu d'un travail collectif d'ingénieurs biomédicaux suite aux congrès des JFR et du RSNA 2006. Pouvez-vous nous donner, de votre point de vue, quelques tendances, technologiques ou médicales en la matière ?

Je ne suis pas un grand expert de la technologie. Je peux toutefois vous répondre pour le scanner que je connais bien. Nous en sommes actuellement au scanner à 64 barrettes. Siemens a sorti la technologie bitubes qui permet d'améliorer la résolution temporelle pour l'imagerie cardiaque. Une autre génération de scanners est à l'étude avec des prototypes au sein des usines. Ces appareils avec plus de barrettes (128), de nouveaux détecteurs (double énergie), des temps de rotation inférieurs à 0,3 seconde permettront encore de faire un bond en avant dans le domaine de l'imagerie cardiaque et l'imagerie fonctionnelle, en particulier la perfusion.

Les domaines plus émergents de l'innovation technique en imagerie sont, semble-t-il, l'imagerie hybride et la radiologie interventionnelle oncologique.

L'imagerie hybride va beaucoup se développer avec de nouveaux appareils TEP-TDM de dernière génération, SPECT-TDM et maintenant TEP-IRM, au moins pour l'étude encéphalique.

La radiologie interventionnelle oncologique est un nouveau champ d'exploration diagnostique et thérapeutique qui est amené à connaître un très grand essor. Elle consiste à détruire la tumeur in situ à l'aide d'agents physiques (ultrasons focalisés, radiofréquence, laser...) sous guidage par différentes modalités d'imagerie. Le deuxième principe consiste à délivrer localement in situ au sein de la tumeur de nouvelles molécules chimiothérapeutiques sous guidage par imagerie (soit embolisation sélective de l'artère nourricière de la tumeur, soit vectorisation des molécules thérapeutiques à des microbulles qui seront détruites localement lors du passage à travers les capillaires de la tumeur par les ultrasons, soit vec-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/871576>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/871576>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)