



# Réunion des G4 régionaux

**Les membres des délégations régionales du G4 se sont réunis pour la première fois, le jeudi 20 mai 2010. 65 délégués étaient présents à cette journée. Les thèmes abordés ont été les suivants : fonctionnement des G4 régionaux, démographie, permanence des soins en radiologie, téléradiologie et projet professionnel commun.**

**Nous publions dans ce dossier les fiches recommandations, qui correspondent aux sujets abordés lors de cette réunion nationale, pour aider au fonctionnement des G4 régionaux.**

## FONCTIONNEMENT DES G4 REGIONAUX

*Cette fiche explique le fonctionnement des G4 régionaux conformément à la charte des G4 régionaux.*

La loi HPST va conférer une concentration exceptionnelle des pouvoirs d'organisation et de contrôle des soins à la DGOS (ex DHOS) et aux ARS. Celles-ci sont maintenant responsables de l'hospitalisation, de l'ambulatoire (médecine de ville) et du médico-social.

Au niveau régional, il est donc plus que jamais indispensable que l'Imagerie soit bien identifiée par l'ARS à travers un interlocuteur régional crédible et représentatif. C'est la justification du G4 régional.

### Bref rappel historique :

Dès 2002, les représentants de la profession ont élaboré un projet de Conseil Professionnel de la Radiologie regroupant les 4 structures représentatives de la profession : CERF, FNMR, SFR, SRH.

Après deux ans de réunions informelles, les statuts du G4 national ont été déposés en 2005.

Paritaire entre le privé et le public, il se réunit régulièrement pour :

- harmoniser les actions de promotion et de défense de l'imagerie.
- présenter des positions communes dans les discussions avec les institutionnels et les organisations du monde de la santé.

- réaliser toutes opérations de nature à favoriser les buts poursuivis par l'association.

Il est apparu courant 2008 qu'il serait utile de décliner régionalement ce Conseil Professionnel en créant des G4 régionaux. Une charte des délégations régionales du G4 a donc été élaborée, et les instances régionales sollicitées en 2009 pour les constituer. La composition est paritaire, public-privé, avec 6 membres, 8 pour les grandes régions, nommés pour 3 ans par le G4 national sur proposition régionale sur la base de :

- 3 membres SFR, dont 2 libéraux et 1 public
- 1 membre FNMR
- 1 membre CERF
- 1 membre SRH

Le bureau se compose d'un président et d'un secrétaire élus. Il n'y a pas de trésorier.

Outre la promotion et la défense de la radiologie, le G4R présente des positions et des actions communes définies par le G4 national. Il est l'interlocuteur privilégié des institutionnels régionaux pour tout ce qui concerne l'Imagerie.

Ses missions s'exercent dans le respect de celles du National.

Il assure l'information, à la région, des positions nationales.

Il propose au G4 national toute action ou réflexion constructive.

Il rend compte annuellement de son activité. Le G4 régional est donc bien l'interlocuteur de l'ARS pour l'imagerie.

A ce jour, les G4 régionaux ont pratiquement tous été constitués. A défaut, les membres potentiels locaux doivent prévenir leur structure nationale.

Les ARS démarrant officiellement le 1er Avril, les G4 régionaux doivent, si ce n'est déjà fait, se réunir sans tarder pour s'organiser, fixer les objectifs prioritaires régionaux et obtenir un rendez vous avec leur ARS pour se présenter et négocier leur programme de travail.

Les sujets prioritaires sont rappelés dans les 10 mesures du Plan d'urgence pour l'Imagerie et le Manifeste pour un projet professionnel commun de l'imagerie médicale. L'enjeu sera de faire valoir les propositions de la profession et c'est tout l'intérêt d'une démarche coordonnée entre le public et le privé.

On peut donc lister les thèmes ci-après :

- Améliorer l'accessibilité à l'imagerie et augmenter le service médical rendu aux patients par le développement des plateaux techniques complets et diversifiés et par le respect du maillage territorial.
- Développer les arguments médico-économiques justifiant cette revendication.
- Faire valoir notre analyse de la coopération publique privée, à savoir une relation équilibrée et pas une tutelle, tenant compte des fondamentaux de chaque secteur.
- Débattre sans complexe de la permanence des soins.
- Etre très attentif à la téléradiologie en s'ap-

puyant sur le protocole élaboré par le G4 national et le CNOM.

■ Faire valoir l'implication des radiologues dans les RCP, le dépistage du cancer du sein, la FMC EPP bientôt remplacées par le DPC, les actions de santé publique.

■ Sensibiliser les partenaires sur les problèmes de démographie radiologique.

Dans toutes ces démarches, il convient de ne pas méconnaître l'existence et le rôle des :

- Comités régionaux d'Imagerie - CRI.
- Syndicats professionnels de spécialité

■ Centrales polycatégorielles, CSMF, SML, FMF...

■ Les URPS qui remplaceront en Septembre les URMEL

■ Les Associations d'Usagers.

■ Les Fédérations hospitalières, FHP et FHF d'autant plus influentes auprès des ARS que la DGOS a toujours privilégié l'approche hospitalière.

■ Les Associations d'Internes et de Chefs de Clinique. Les jeunes sont l'avenir de notre spécialité.

Le défi sera donc d'insérer habilement le G4 régional dans tout ce dispositif.

Pour exister et faire valoir nos priorités, il faudra :

- Etre bien informé
- Anticiper
- S'organiser
- Communiquer
- Proposer et négocier

Le G4 national sera attentif à toute difficulté régionale et aura pour mission de les aplanir sous réserve bien sûr d'être informé.

## BUREAUX DES G4 REGIONAUX

Rappel Charte : 1 CERF, 1 FNMR, 3 SFR dont 2 lib, 1 SRH Total : 6 membres titulaires (3 lib + 3 hospitaliers) + suppléants

	CERF	FNMR	SFR	SRH
ALSACE	Titulaire : DIETEMANN Jean Louis	Titulaire : WOERLY Bernard Suppléante : HALLER Mercedes	Titulaire : SCHLUND Christian Suppléant : MANGOLD Laurent  Titulaire : PRACHT Denis Suppléant : BECKER Thierry  Titulaire hospi : GREGET Michel	Titulaire : HUBER Bernard
AQUITAINE Président : Hubert de LAVAL - FNMR Secrétaire : François LAURENT - CERF	Titulaire : LAURENT François	Titulaire : DE LAVAL Hubert Suppléant : MASSEYS Dominique  Titulaire : CASENAVE Pierre Suppléant : CHAVIGNY Eric	Titulaire : ARTAUD Jacques  Titulaire : TRAN Roger  Titulaire hospi : CHATEIL Jean François	Titulaire : BERSANI Daniel Titulaire : LESTAGE Jean-Charles
AUVERGNE	Titulaire : Jean-Luc MICHEL	Titulaire : Yves TRONCHE Suppléant : Yves ROULLAUD	Titulaire : Pierre CELLERIER Suppléant : Philippe SPITZ  Titulaire : Bernard HORDON-NEAU Suppléant : Philippe DE PRADEL DE LAMAZE  Titulaire : Jean-Marc GARCIER Suppléante : Agnès LHOSTE	Titulaire : BOYER Louis Suppléant : Joël CHABRIAIS
BRETAGNE	Titulaire : NONENT Michel	Titulaire : LUCAS Christophe	Titulaire : ELIOT Patrick  Titulaire : LE PENNDU Henri  Titulaire hospi : ROGER Philippe Suppléant : HEAUTOT Jean-François	Titulaire : GANDON Yves
BOURGOGNE	Titulaire : Denis KRAUSE	Titulaire : Jean-Paul MILLERY	Titulaires : Frédéric RICOLFI Alain BOUZAT Denis HENRION  Suppléants : Etienne PEROUSE de MONTCLOS Françoise GRIVAUD	Titulaire : TUETEV Jean-Bernard

Liste des G4 Régionaux au 08/07/2010

Suite en pages suivantes...



	CERF	FNMR	SFR	SRH
CENTRE	Titulaire : ALISON Daniel Suppléant : COTTIER Jean-Philippe	Titulaire : MADEUF Eric Suppléant : SORIN Bernard	Titulaire : PROUST Francis Suppléant : TAFANI Christophe  Titulaire : COTTY Philippe Suppléant : BIRAUD Eric  Titulaire hospi : VIALA Jean-François Suppléant : MAILLARD Régine	Titulaire : SIRINELLI Dominique
CHAMPAGNE-ARDENNES	Titulaire : MARCUS Claude	Titulaire : LECLERC Jean-Charles	Titulaire : JABINET Jean Louis  Titulaire : LORON Michel  Titulaire : PIEROT Laurent	Titulaire : CART Philippe
CORSE		Titulaire : RISTORCELLI Philippe	Titulaire : CARLOTTI Xavier  Titulaire : FLORI Alexandre  Titulaire hospi :	
FRANCHE-COMTE <u>Président</u> : Bruno KASTLER - CERF <u>Secrétaire</u> : Roland PETIGNY - FNMR	Titulaire : KASTLER Bruno	Titulaire : PETIGNY Roland	Titulaire : BANNELIER Jean-Luc  Titulaire : BREMON Jean-Michel  Titulaire hospi :	Titulaire : BONNEVILLE Jean-François
ILE DE France Modification : 8 2 FNMR 4 SFR dont 2 lib 1 CERF 1 SRH	Titulaire : DION Elisabeth	Titulaire : SILBERMAN Bruno  Titulaire : BRETON jacques	Titulaire : LAVAYSSIERE Robert  Titulaire : LEBLANC Gilbert  Titulaire hospi : GRENIER Philippe	Titulaire : BEROUDE Pascal  Titulaire : MUSSET Dominique
LANGUEDOC ROUSSILLON <u>Président</u> : SOUTEYRAND Patrick - FNMR <u>Secrétaire</u> : BONAFE Alain - SFR	Titulaire : VERNHET KOVACSIK Hélène Suppléant : GALLIX Benoît	Titulaire : SOUTEYRAND Patrick Suppléant : TJARI Abdel	Titulaire : BLANC Thierry Suppléant : JANICOT François  Titulaire : LESNIK Alvian Suppléant : BENIS Jérôme  Titulaire hospi : BONAFE Alain Suppléant : MAZETTE N.	Titulaire : CALVET Philippe Suppléant : BERTRAND Jean-Louis
LIMOUSIN <u>Président</u> : BOURRAS Jean Charles - FNMR <u>Secrétaire</u> : MAUBON Antoine - CERF	Titulaire : MAUBON Antoine	Titulaire : BOURRAS Jean-Charles Suppléant : DESFOUGERES Michèle	Titulaire : BLANC Frédéric Suppléant : ROUBERTOU Hervé  Titulaire : DEROOVER Nikki Suppléant : FOREL Françoise  Titulaire hospi : BOUILLET Philippe Suppléant :	Titulaire : LOUSTAU Jean Marie
LORRAINE <u>Président</u> : BLUM Alain - SFR <u>Secrétaire</u> : HENNEQUIN Laurent - FNMR	Titulaire : CLAUDON Michel Suppléant : ANXIONNAT René	Titulaire : CAQUELIN Philippe Suppléant : DELGOFFE Christian	Titulaire : JAAFAR Saad  Titulaire : HENNEQUIN Laurent  Titulaire hospi : BLUM Alain	Titulaire : PEUTOT Alain
MIDI PYRENEES	Titulaire : JOFFRE Francis Suppléant : ROUSSEAU Hervé	Titulaire : BESSE Jacques Suppléant : PUECH Jean-Louis	Titulaire : MALET Jean-Pierre Suppléant : JARLAUD Thierry  Titulaire : RICHARDI Gérard Suppléant : FOURIO Michel  Titulaire hospi : RAILHAC Jean-Jacques Suppléant : SANS Nicolas	Titulaire : RABINEL Alain Suppléant : VERDIER-SLAWINSKI Corinne

	CERF	FNMR	SFR	SRH
<b>NORD PAS DE CALAIS</b> Modification : 8 2 FNMR 4 SFR dont 2 lib 1 CERF 1 SRH	Titulaire : <b>ERNST Olivier</b> Suppléant : <b>LEMAITRE Laurent</b>	Titulaire : <b>DELESALLE Jean-Christophe</b> Suppléant : <b>DE BATSELIER Philippe</b>	Titulaire hospi : <b>PRUVO Jean-Pierre</b> Suppléant : <b>COTTEN Anne</b>  Titulaire : <b>DEHAENE Jean-Luc</b> Suppléant : <b>LAMBERT Isabelle</b>  Titulaire : <b>CATESSON Jean-Marc</b> Suppléant : <b>GEORGES Daniel</b>  Titulaire : <b>GUILBEAU Jean-Charles</b> Suppléant : <b>PETYT Laurent</b>	Titulaire : <b>LIESSE Anne</b> Suppléant : <b>DURAND F.</b>  Titulaire : <b>DOBBELAERE Pierre</b> Suppléant : <b>CEUGNART Luc</b>
<b>BASSE NORMANDIE</b>	Titulaire : <b>HAMON Michèle</b> Suppléant : <b>CONSTANS Jean-Marc</b>	Titulaire : <b>MORIN Philippe</b> Suppléant : <b>GARIN François</b>	Titulaire : <b>HURTIER Olivier</b> Suppléant : <b>CHALLINE Bertrand</b>  Titulaire : <b>CHAVATTE François</b> Suppléant : <b>KURDZIEL Jean-Claude</b>  Titulaire hospi : <b>ALBISETTI Jacques</b> Suppléant : <b>LACROIX Joëlle</b>	Titulaire : <b>COURTHEOUX Patrick</b>
<b>HAUTE NORMANDIE</b>	Titulaire : <b>THIEBOT Jacques</b> Suppléant : <b>LE DOSSEUR Patrick</b>	Titulaire : <b>LARDENOIS Laurent</b> Suppléant : <b>GUINET Pascal</b>	Titulaire : <b>VERZAUX Laurent</b>  Titulaire : <b>BONDEVILLE Jean-Marc</b>  Titulaire hospi : <b>WEINSTEIN Didier</b> Suppléant : <b>JOUINI Slim</b>	Titulaire : <b>LOUVEL Jean-Pierre</b>
<b>PACA</b> Modification : 8 2 FNMR 3 SFR dont 2 lib 1 CERF 2 SRH	Titulaire : <b>PADOVANI Bernard</b> Suppléant : <b>BARTOLI Jean-Michel</b>	Titulaire : <b>BARBANCON Olivier</b> Suppléant : <b>BENZAKEN Pierre</b>  Titulaire : <b>GIRALDI Jean-Marie</b> Suppléant : <b>MANTE Michel</b>	Titulaire : <b>GUILLEMOT Eric</b> Suppléant : <b>CASABIANCA Jean</b>  Titulaire : <b>FOURNOT Philippe</b> Suppléant : <b>ARNAULT Gilles</b>  Titulaire : <b>CHAMPSAUR Pierre</b>  Titulaire hospi : <b>DEVRED Philippe</b> Suppléant : <b>OLIVERO Philippe</b>	Titulaire : <b>ROUMIEU Gilles</b> Suppléant : <b>CHEVALLIER Patrick</b>
<b>PAYS DE LOIRE</b>	Titulaire : <b>AUBE Christophe</b>	Titulaire : <b>MARIE d'AVIGNEAU Thomas</b>	Titulaire : <b>THIBAUD Christophe</b>  Titulaire : <b>DORIN Marc</b>  Titulaire hospi : <b>DUPAS Benoît</b>	Titulaire : <b>RIDEREAU-ZINS Catherine</b>
<b>PICARDIE</b>	Titulaire : <b>REMOND Alexandre</b>	Titulaire : <b>MILON Patrick</b>	Titulaire : <b>GIRAULT Michel</b>  Titulaire : <b>CHAMBON Thierry</b>  Titulaire hospi :	Titulaire : <b>DERAMOND Hervé</b>
<b>POITOU CHARENTES</b>	Titulaire : <b>VANDERMARQ Pierre</b>	Titulaire : <b>CHARTIER Philippe</b> Suppléant : <b>BRUNETTI François</b>	Titulaire : <b>POUSSE Thierry</b> Suppléant : <b>RONDEAU Yves</b>  Titulaire : <b>MOUMOUH Ahmed</b> Suppléant : <b>MADOULE Philippe</b>  Titulaire hospi : <b>TASU Jean-Pierre</b>	Titulaire : <b>HERVOCHON Jean-Michel</b>
<b>RHONE ALPES</b>		Titulaire : <b>TERNAMIAN Pierre</b> Suppléant : <b>MOVET Eric</b>	Titulaire : <b>FRANCOIS Alain</b> Suppléant : <b>GERVESY Gilles</b>  Titulaire : <b>GERENTON Stéphane</b> Suppléant : <b>TEIL Eric</b>  Titulaire hospi :	Titulaire : <b>VALETTE Pierre-Jean</b>
<b>DOM TOM</b> En attente				Titulaire : <b>BINTNER Marc</b>



## DEMOGRAPHIE

Le plan en 10 mesures élaboré récemment par le G4 souligne le contraste entre une demande croissante d'actes d'Imagerie et une démographie médicale et radiologique en forte baisse.

Les données démographiques actuelles s'appuient principalement sur des données publiées annuellement par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), et sur l'état des lieux 2008-9 publié par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), accessibles sur leurs sites respectifs.

Il y a 8 000 radiologues, dont environ 2/3 de praticiens libéraux et 1/3 d'hospitaliers. Les perspectives démographiques en Radiologie et Imagerie Médicale suivent globalement, mais de façon particulièrement défavorable, les tendances générales observées nationale :

- Une pyramide des âges confirmant un vieillissement global avec en 2009 15,6 % des spécialistes de plus de 60 ans et 34 % de plus de 55 ans,

- Une forte hétérogénéité des densités régionales qui va de 2,44 (Creuse) à 27,19 (Paris), avec une moyenne à 9,8 radiologues pour 100 000 habitants.

L'ONDPS indique que, «si la part des DES dans les effectifs en formation restait

inchangée, le quart seulement des effectifs susceptibles de cesser leur activité dans les 10 ans à venir, serait remplacé d'ici à 5 ans.

L'augmentation des inscrits dans les filières de formation en troisième cycle (notamment le DES de Radiologie) est une conséquence mathématique de l'augmentation du nombre d'étudiants admis en fin de premier cycle et en deuxième cycle, due à la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité à part entière. Le Numerus Clausus est ainsi passé de 7 100 en 2007, à 7300 en 2008, puis 7 600 en 2009, et enfin 7 800 en 2010 ; il sera stabilisé à 8 000 de 2007 à 2030, pour décroître par pas de 100 de 2021 à 2030 et atteindre 7 000. Par voie de conséquence, le nombre de postes de DES, toutes spécialités confondues, passera de 20 000 postes actuellement à 30-35 000 dans 5 ans, pour un coût estimé à 370 millions d'€.

Jusqu'à cette année, le nombre de postes ouverts dans le DES de Radiologie et Imagerie Médicale obéissait à une procédure régionale, avec des propositions formulées par les DRASS lors de réunions menées avec tous les Coordonnateurs de DES, la radiologie étant incluse dans le groupe des spécialités médicales ; on notait une grande variabilité selon les régions, et les années.

A compter de la rentrée 2010 (loi HPST), la procédure restera régionale, mais avec un nombre d'étudiants fixé à l'avance par les ARS pour chaque spécialité (filiarisation, le

droit au remords persistant).

Dans cette perspective, le rôle des G4 régionaux, en soutien au coordonnateur régional du DES, sera essentiel :

- Par une anticipation des procédures, et l'expression claire des besoins régionaux, fondés sur de véritables études démographiques, menée, sous la houlette des Observatoires régionaux de la démographie avec les radiologues publics et privés (seules 5 régions avaient réalisé ce travail en 2009 selon les résultats de l'enquête menée par le CERF). Ces enquêtes doivent inclure tous les volets de la profession (DPS, RCP, téléradiologie,...), et l'analyse des capacités de formation théorique et pratique, la plupart des régions déclarant pouvoir former plus !

- Les propositions sur le post-internat sont primordiales pour l'avenir de nos jeunes et de notre spécialité, la recherche et l'enseignement en dépendent : postes existants d'ACC et AHU, création de postes d'Assistants Spécialistes, éventuellement partagés CHU – Hôpitaux pour tenter d'améliorer la fixation des DES dans leur région de formation, attractivité des profils de postes.

Seule la mise en place d'une coordination nationale forte au niveau du Collège des enseignants et du G4 national permettra de conserver une bonne visibilité des flux régionaux et du flux national en résultant, et de développer des actions structurées, concertées et efficaces.

## PERMANENCE DES SOINS EN RADIOLOGIE

L'organisation territoriale de la permanence des soins en radiologie passe par des programmes d'actions concernant l'imagerie diagnostique et interventionnelle et par le renforcement de la gouvernance mise en place par les radiologues dans le cadre du conseil professionnel de la radiologie.

### PDS dans les établissements publics de santé

*1° - Imagerie des établissements ayant plus de 30 à 40 000 passages aux urgences*

Dans ces établissements, la prise en charge radiologique en urgence nécessite des plateaux techniques complets dédiés à l'urgence. L'IRM et le scanner sont associés à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie.

Les chemins cliniques impactés par cette organisation sont nombreux et représentent souvent des priorités de santé publique. Les patients présentant par exemple des AVC, des douleurs abdominales aiguës, des douleurs thoraciques bénéficient tout particulièrement de l'IRM et du scanner en 1ère intention.

Lors de la mise en place de ce type de filières, on constate un effet de substitution important de l'imagerie conventionnelle et

de l'échographie vers le scanner et l'IRM. Ces filières sont envisageables dans ces centres d'urgence où le nombre de passages dépasse 30 à 40 000 patients par an.

Ces plateaux techniques complets dédiés à l'urgence doivent être pilotés par un radiologue sur place 24h/24h qui pourra appliquer les recommandations du guide du bon usage des examens d'imagerie basées sur les principes de justification, d'optimisation et de réduction de doses ou d'examens inutiles, en privilégiant le plus souvent possible l'accès direct au scanner et à l'IRM.

En heures ouvrables, les plateaux techniques disposent de radiologues spécialisés par

organe. La nuit et les week-ends il n'y a qu'un radiologue sur place qui ne peut être spécialisé dans les différentes radiologies d'organe. Le radiologue pourra cependant conduire l'ensemble des examens avec le manipulateur et adresser les examens pour lesquels il n'est pas spécialisé à un autre radiologue situé dans un autre centre d'urgence qui lui répondra par téléexpertise radiologique.

Afin de réaliser ce premier programme d'actions, il est indispensable :

- d'obtenir des plateaux techniques complets dédiés à l'urgence dans les établissements ayant plus de 30 à 40 000 passages aux urgences. Tous ces établissements possèdent

l'imagerie conventionnelle et l'échographie. De nombreux établissements ont maintenant un scanner dédié à l'urgence conformément aux recommandations de la circulaire scanner et IRM d'avril 2002. Il est maintenant important de pouvoir dédier l'IRM à la filière urgence. L'organisation proposée ici répond à la volonté politique de combler le retard français en matière d'imagerie en coupe. La France possède un ratio de 7,5 IRM pour un million d'habitants. La moyenne européenne est de 13,5. Le volume serait donc de 350 IRM ce qui en moyenne représente trois IRM par département.

- d'impliquer des radiologues sur place dans les centres d'urgence de plus de 30 à 40 000 passages. Dans ces établissements le nombre important d'appels aux radiologues a transformé peu à peu l'astreinte de radiologie en garde sur place. Il est nécessaire d'accompagner les établissements qui n'ont pu mettre en place ce type de garde. Il faut également noter que l'IRM ne fonctionne pas dans certains établissements 24h/24h car il n'y a pas de possibilité de mettre en place une astreinte de manipulateurs.

- d'organiser la téléradiologie au sein des territoires de santé. Un réseau de téléradiologie doit être mis en place au sein de chaque territoire selon les recommandations du guide du bon usage de la téléradiologie réalisé par le conseil professionnel de la radio-

logie et le conseil national de l'ordre des médecins.

## **2° - Imagerie pour les établissements ayant moins de 15 000 passages aux urgences.**

Ces centres disposent de radiologie conventionnelle d'échographie et de scanner. En dehors des heures ouvrables, les examens sont assurés par des radiologues d'astreinte. Dans ces centres certains scanners pourraient être réalisés par le manipulateur en lien avec le médecin des urgences et interprétés par télé-médecine par un radiologue sur place dans un centre d'urgence de plus de 30 à 40 000 passages selon un protocole mis en place par les médecins demandeurs et les radiologues des deux centres conformément aux recommandations du guide du bon usage de la téléradiologie.

## **PDS pour les radiologues libéraux**

### **1° - Exercice conjoint avec un établissement accueillant les urgences**

Les radiologues libéraux exerçant dans ces conditions participent de longue date à la permanence des soins des patients hospitalisés et à la prise en charge des patients qui se présentent au service d'accueil des urgences.

Ils gèrent eux mêmes ou cogèrent avec l'établissement, des plateaux techniques qui disposent au moins d'un scanner depuis la mise en oeuvre du SROS de troisième génération.

Dans les grandes agglomérations, ce plateau technique est clairement identifié par la population, et connu des professionnels et de la régulation.

Les radiologues libéraux assurent le fonctionnement de ces services par l'organisation d'un tour de garde. Ils pratiquent les examens soit eux-mêmes, soit avec l'aide des personnels manipulateurs qui peuvent selon l'importance de l'activité, soit assurer une astreinte (prévues dans la convention collective des personnels des cabinets médicaux : article 18), soit être sur place.

Dans tous les cas, l'organisation du temps de travail est adaptée et constitue une charge supplémentaire pour les services ainsi organisés.

### **2° - Exercice en cabinet libéral avec accès intermittent à l'imagerie en coupe**

Il s'agit de radiologues libéraux dont le temps principal d'activité est consacré à la prise en charge des patients qui leur sont adressés par leurs correspondants dans leur cabinet.

Ils y exercent essentiellement l'imagerie de projection, l'échographie et la sénologie.

Ils participent au maillage du territoire et constituent «l'imagerie de proximité». Ils ont accès à l'imagerie en coupes soit dans le cadre de GIE privé-public, soit en ayant des participations dans des structures privées, soit encore en louant des plages de «temps machine».

L'implication de ces professionnels dans la permanence des soins est variable et fonction de leur accès à l'imagerie en coupes. Si l'accès est significatif, il est habituel que le radiologue participe à la permanence des soins au prorata du «temps machine» dont il dispose.

### **3° - Exercice en cabinet libéral exclusif**

Ce mode d'exercice devient de plus en plus rare et ne facilite pas l'implication des professionnels à assurer la prise en charge des urgences en dehors des heures ouvrables. Ils assurent en revanche la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés. Quel que soit le mode d'exercice, il faut noter le rôle essentiel de l'imagerie dans la prise en charge des patients, le rôle essentiel des radiologues qui très souvent «séniorisent» les urgences, la nécessaire amélioration de la formation des urgentistes «au bon usage de l'imagerie médicale».

## **PERSPECTIVES**

La demande de soins soit urgents soit non programmés est croissante, il s'agit là d'une évolution sociétale qu'il est indispensable de prendre en compte.

Parallèlement, l'évolution de la démographie médicale est défavorable, environ moins 20 % d'ici à 2020 cf. Rapport d'avril 2005 de la commission de l'observatoire de la démographie médicale présidée par le Pr BERLAND.

Il est donc nécessaire de penser une organisation optimisée de la prise en charge de cette nouvelle demande de soins. L'échelon régio-



nal avec une déclinaison territoriale apparaît être le plus pertinent.

## OBJECTIFS

Il est nécessaire que les régions et territoires disposent des équipements indispensables à une prise en charge de qualité. L'imagerie en coupes doit être accessible dans les meilleurs délais notamment l'IRM en ce qui concerne les pathologies neuro-

vasculaires. Il convient de proposer un mode d'organisation qui évite la mobilisation de plusieurs équipes notamment dans les grandes agglomérations alors que les contraintes démographiques seront génératrices de tensions. Toutefois, les établissements jaloux de leurs prérogatives pourront constituer des freins à la mutualisation des équipes.

Le développement de la télémédecine dans

les conditions validées par le G4 / CNOM / Urgentistes ouvre des perspectives qui faciliteront la constitution d'équipes mixtes.

La forte implication des équipes nécessite la prise en compte des charges supplémentaires et de l'investissement personnel des acteurs. L'amélioration de l'organisation de la permanence de soins nécessite la mobilisation de moyens supplémentaires qui pourront être fléchés.

## TELERADIOLOGIE

### 1. Réunion G4 R sur la téléradiologie avec lecture de la charte de téléradiologie

- Connaître, S'approprier et Diffuser en région les documents téléradiologie de la discipline et du CNOM et au minimum la Charte de Téléradiologie

- Connaître les autres documents dont le Livre Blanc Télémedecine du CNOM

- S'informer des publications sur la téléradiologie dont au minimum celles de la SFR (y compris SFR4i sur le plan technique), du Conseil Professionnel de Radiologie (y compris ADPIM), et de l'ASIP

- Connaître le décret télémédecine et les décrets s'y afférant

- Les risques de développement non contrôlé sont :

- maintien d'équipements non justifiés
- appels d'offre téléradiologie par directeurs - téléradiologie «low cost» «commerciale» (voire téléradiologues fantômes) réduite à l'interprétation à distance sans implication locale du téléradiologue auprès des équipes de manipulateurs et cliniciens ni de rattachement de ces sites à un site de référence
- contrats financiers sans implication médicale : l'équipe de manipulateurs autour d'un équipement radiologique doit être sous la responsabilité médicale d'un (télé)radiologue

### 2. Actions du G4R

- Recensement des expériences de téléradiologie

- Evaluation des expériences de téléradiologie

- Anticipation des besoins

- Basée sur des expériences réussies de bonnes pratiques, un investissement pédagogique est nécessaire auprès des cliniciens, directeurs et ARS pour montrer avantages

- Mise en réseau des radiologues quel que soit leur secteur d'activité : mutualisation des compétences et disponibilités

- Soutien à équipe isolée

- Deuxième avis/telexpertise

- Soutien pour la PDS

- Le travail du G4R doit aboutir à un comité de pilotage ARS de la téléradiologie

## PROJET PROFESSIONNEL COMMUN

Ce projet est né d'un double constat :

- la nécessité d'optimiser l'accessibilité à l'imagerie et la prise en charge des patients : c'est le SMR.

- la nécessité de maîtriser les conséquences négatives multiples des clivages public-privé. C'est d'autant plus important et urgent que se profile une grave crise démographique médicale.

A partir d'un état des lieux et de réflexions faits au cours de deux séminaires successifs auxquels participaient les radiologues, les institutionnels et les politiques, plusieurs pistes de réflexion et des propositions sont apparues, s'appuyant sur le plan d'urgence en dix points pour l'imagerie :

- repenser l'imagerie sur un territoire, en mutualisant selon les cas et là où c'est nécessaire, les équipes et les plateaux techniques adaptés : c'est le POSIM.

- promouvoir résolument la qualité des indications de l'imagerie : c'est le rôle du GBU et de ses mises au point.

- favoriser le développement maîtrisé de la téléradiologie médicalisée.

- adapter l'enseignement et la recherche à l'évolution inéluctable de nos pratiques médicales.

- obtenir les outils juridiques et statutaires nécessaires.

Il n'y a pas lieu de détailler ici ces différents programmes, mais pour atteindre les objectifs, on aura besoin de l'appropriation et de la participation de toutes les composantes de notre spécialité.



## CHARTRE DE TELERADIOLOGIE - Conseil Professionnel de Radiologie

Le Conseil Professionnel de Radiologie soutient et contribue, au niveau national et régional, au développement de la téléradiologie qui est une organisation médicale de la prise en charge radiologique des patients, décrite dans le Guide du Bon Usage de la Téléradiologie élaboré avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins. La téléradiologie s'inscrit dans le développement de la télésanté, élément majeur de l'organisation des soins.

### Cette charte en résume les principes essentiels.

**1. La téléradiologie** est organisée par les médecins radiologues, en coopération avec les autres professionnels concernés ; elle s'inscrit dans le projet médical d'organisation locale de la radiologie du site demandeur.

**2. L'acte de téléradiologie** est un acte médical encadré par les règles de la déontologie médicale et comprend le télédiagnostic et la téléexpertise. La télétransmission d'images sur le plan technique ou la téléinterprétation sur le plan médical ne sont chacune que des étapes de la téléradiologie.

**3. La téléradiologie** prend en compte les relations humaines entre le patient, le médecin clinicien, le médecin radiologue et le manipulateur et tous les impératifs techniques et organisationnels indispensables à la qualité des soins.

**4. La téléradiologie** doit être justifiée dans l'organisation des soins :

- Elle doit permettre au médecin en contact direct avec le patient d'accéder à une médecine radiologique de qualité impliquant un télé-radiologue
- Elle doit favoriser les transferts de connaissances et de savoir faire entre les médecins radiologues qui l'utilisent (téléexpertise et téléformation)
- Elle n'est pas un palliatif pouvant justifier l'accord d'une autorisation ou d'un renouvellement d'équipements d'imagerie sans disposer d'une équipe de radiologues locaux réunis autour d'un projet médical

**5. Le développement de la téléradiologie** est basé, en France :

- Pour le télédiagnostic, sur un développement territorial et régional permettant la mise en réseau des cliniciens et radiologues.
- Pour la téléexpertise, sur la recherche pour le patient des meilleures ressources humaines radiologiques

**6. La Société Française de Radiologie** s'engage à faire évoluer ses recommandations nationales, en coopération avec la HAS, les Sociétés savantes concernées, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Ministère de la Santé et notamment la Direction Générale de l'Offre de Soins et sur le plan technique avec les industriels et les institutionnels concernés par les réseaux de télétransmission d'images.

### 7. Le Radiologue.

- Les deux formes de la téléradiologie, télédiagnostic et téléexpertise, complètent l'exercice local habituel du radiologue.
- La téléradiologie suit l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient :
  - examen clinique préalable
  - validation et justification de l'examen
  - radioprotection du patient et des personnels
  - réalisation par le manipulateur sous la responsabilité du médecin radiologue
  - analyse et interprétation de l'examen par le radiologue
  - dialogue avec le patient et les médecins cliniciens
  - organisation des équipes
  - conditions légales et réglementaires d'exercice en France.

**8. Sa mise en oeuvre** dépend d'une validation par le(s) radiologue(s) du site, le(s) téléradiologue(s), le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et le Comité régional d'imagerie, sous couvert d'un document écrit sous forme d'une convention ou contrat médical.



**9. Communication :** Une communication directe entre le téléradiologue et le demandeur est nécessaire. La convention médicale précise les obligations du téléradiologue en terme d'urgence et de nécessité éventuelle de déplacement.

**10. La documentation contractuelle** comprend :

- Un ensemble de documents (conventions ou contrats médicaux) signés entre le(s) site(s) demandeur(s) et le(s) téléradiologue(s) : chaque téléradiologue, sauf circonstances exceptionnelles, signe individuellement ce contrat/convention médical avec le site local et le fait approuver par son Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Ce document décrit avec précision notamment comment le patient est pris en charge par téléradiologie (y compris en urgence) depuis l'amont (validation de la demande) à l'aval (filière de soin), les rôles et responsabilités respectives du téléradiologue et des médecins demandeurs, dans le respect du Guide du Bon Usage de la Téléradiologie. La mise en oeuvre d'indicateurs médicaux de qualité et de sécurité est précisée (suivi et mesures correctives).
- Un contrat ou une convention technique signée entre le(s) site(s) demandeur(s), le(s) téléradiologues et la structure assurant la logistique technologique de la Téléradiologie. Ce document précise notamment les conditions matérielles de la fourniture des équipements et réseaux de traitement, archivage et de transfert des données, avec les éventuels supports industriels ou institutionnels, ainsi que les engagements relatifs à la maintenance et au dépannage de ces équipements. La mise en oeuvre d'indicateurs de fonctionnement, de qualité, de sécurité des matériels et des procédures est précisée (suivi et mesures correctives).
- Une ou plusieurs annexes financières précisent les conditions de rémunération des prestations médicales d'une part, et des prestations technologiques et logistiques d'autre part.

**11. Éthique et sécurité.**

- L'information du patient et son accord pour les procédures de la prise en charge téléradiologique sont nécessaires.
- La sécurisation de l'identification du patient et de tous les intervenants de la téléradiologie, de la confidentialité et de l'intégrité des échanges d'information satisfont au code de déontologie médicale et aux lois françaises.