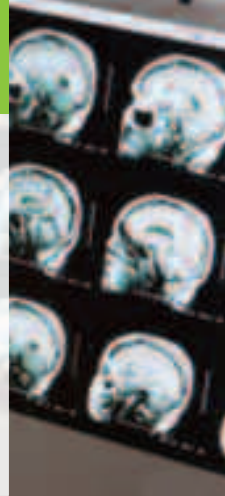





UN PROJET PROFESSIONNEL COMMUN  
DE L'IMAGERIE MEDICALE

ASSURER  
LA PRISE EN CHARGE  
RADIOLOGIQUE SUR  
L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

*Les Médecins radiologues s'engagent*



# Sommaire

	Sommaire.....	1
	Introduction.....	3
	L'état de l'imagerie en France.....	4
	Les expériences d'innovation.....	6
	Un accord gagnant-gagnant entre un groupe libéral et un centre hospitalier.....	6
	Un cabinet libéral dans un centre hospitalier.....	6
	La gestion de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.....	7
	Le projet professionnel commun.....	8
	Penser globalement l'imagerie médicale au niveau d'une zone géographique.....	8
	Favoriser la qualité et la bonne gestion des indications.....	9
	Favoriser un déploiement professionnel de la téléradiologie.....	9
	Concevoir des outils juridiques adaptés.....	10
	Obtenir plus de souplesse et d'homogénéité dans les statuts des praticiens.....	10
	Conclusions.....	11



# Introduction

L'imagerie médicale est au cœur de la pratique médicale moderne. La quasi totalité des séjours hospitaliers chirurgicaux et la très grande majorité des séjours de médecine donnent lieu à la réalisation d'actes d'imagerie, effectués en ville ou à l'hôpital, avant, pendant, et/ou après l'hospitalisation.

Les patients évoluent ainsi des structures privées vers l'hôpital public et vice-versa, en passant fréquemment par des équipes mixtes, mettant en commun leurs compétences pour optimiser le fonctionnement des scanners et des IRM.

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

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

De plus en plus de centres hospitaliers sont en situation de sous-effectifs en médecins radiologues, ce qui ne permet pas une bonne prise en charge des patients hospitalisés, entraîne des départs d'activité vers la

radiologie de ville et une moindre fluidité dans la prise en charge des patients. La permanence des soins est concentrée sur un faible nombre de médecins radiologues libéraux ou publics, qui exercent en clinique ou à l'hôpital (qui concentre 90 % de l'activité de l'imagerie des SAU). Le déploiement insuffisant - et parfois erratique - des équipements d'imagerie en coupe nuit à la substitution des techniques.

Face à ces problématiques, qui soulèvent des problèmes majeurs d'accès aux soins, les médecins radiologues souhaitent innover dans l'organisation des soins, en s'appuyant sur des expériences réussies de complémentarité entre les structures, pour proposer un **Projet Professionnel Commun** au travers des "Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale" (POSIM).

Pour ce faire, ils ont organisé, à un an d'intervalle (avant et après la loi HPST), deux séminaires professionnels regroupant non seulement des médecins radiologues libéraux ou salariés, mais aussi des institutionnels, économistes et personnalités qualifiées du monde de la santé. Entre les deux séminaires, plusieurs commissions spécialisées ont travaillé pour compléter les travaux des sessions plénières.

Ce Projet Professionnel Commun, objet de ce manifeste, permettra la mise en œuvre du plan pour l'imagerie en dix mesures voulu par le Conseil professionnel de la radiologie française (G4).

Partant de l'état des lieux de l'imagerie médicale en France, il tire les leçons de projets de coopération en cours qui ont été présentés dans le cadre du séminaire professionnel du 13 février dernier.



Une présentation de ce document sera organisée par la profession en direction des institutions concernées : Ministère de la Santé, assurance-maladie, ASIP, ANAP, ARH/ARS, FHF, MECSS, CNOM, conférence des directeurs d'hôpitaux, conférence des présidents de CME, etc. et pourrait aboutir à la tenue d'Etats Généraux de l'Imagerie Médicale ayant pour objectif de définir les axes stratégiques d'une organisation nouvelle de l'imagerie, mise en œuvre dans le cadre d'une politique pluriannuelle.

# L'état de l'imagerie en France



Environ 7 250 médecins radiologues exercent sur le territoire. Il y a au sein des hôpitaux publics environ 1 200 praticiens hospitaliers. 35,5% des postes à temps plein et 46,6% des postes à temps partiels sont vacants.

Les jeunes radiologues ne sont plus attirés par le statut de praticien hospitalier, y compris dans les CHU. Ils ne sont pas plus attirés par une carrière libérale et choisissent, de plus en plus, le statut de remplaçant "permanent", en ville ou à l'hôpital.

Ce constat démographique demeure toutefois positif en comparaison d'autres spécialités médicales, mais il doit être nuancé par quatre facteurs :

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

**L'imagerie en coupe** (scanner et IRM) est à la fois insuffisante et mal répartie. Le mode d'autorisation administrative a abouti à des aberrations démographiques comme des attributions à des sites sans médecin radiologue ou à des gestionnaires d'établissements privés, mais aussi à des non-sens technologiques et économiques, avec une très forte concentration vers des plateaux "haut de gamme" plus coûteux.

On a donc, pour certains équipements, une sous-activité faute d'effectifs radiologiques suffisants ou de recrutement. A l'inverse, pour certains examens, on utilise des équipements inadaptes et coûteux.

Au final, on peut considérer qu'en dépit des évolutions récentes, **le parc d'équipements est encore insuffisant, mal réparti, souvent**

**vétuste en milieu hospitalier, et ne permet pas un accès suffisant à l'imagerie en coupe pour chaque médecin radiologue et donc pour chaque patient.**

L'offre de **radiologie conventionnelle** est plus homogène sur le territoire, mais souffre à la fois des restructurations en cours dans le secteur libéral, où les regroupements de cabinets s'accroissent sous l'effet de mesures administratives et tarifaires, et de l'insuffisance des effectifs dans de nombreux centres hospitaliers : dans ces derniers, faute d'effectifs, une partie de la radiologie conventionnelle n'est souvent pas interprétée.

**Dans le secteur public**, la situation est très variable d'un établissement à l'autre. Les centres hospitaliers sont confrontés à une raréfaction de l'offre radiologique. De nombreux postes ne sont pas pourvus et le phénomène devient rapidement cumulatif dans certains établissements. Le nombre de postes non pourvus fait peser sur les médecins radiologues présents une charge de travail rapidement insupportable et les pousse à rechercher d'autres solutions. Ce phénomène est actuellement en train de prendre des proportions préoccupantes.

Enfin, contrairement à de nombreuses autres spécialités médicales, les médecins radiologues libéraux exercent très majoritairement (plus de 90 %) en secteur conventionnel ("secteur 1").

De ce fait, les dépassements d'honoraires ne concernent qu'un faible nombre de médecins radiologues situés principalement dans les grandes agglomérations. Cette régulation professionnelle a permis de maintenir un large accès à des technologies médicales souvent coûteuses. ■

# Les expériences d'innovation

Ces expériences innovantes sont nées de la recherche de solutions pragmatiques à des situations locales difficiles.

Nous avons retenu trois expériences originales illustrant les potentialités et les limites actuelles de la coopération qui, pour se développer, doit lever des contraintes réglementaires dans le contexte actuel :

## Un accord gagnant-gagnant entre un groupe libéral et un centre hospitalier

Un hôpital, situé dans une zone dense en région parisienne, doit renforcer ses filières cancérologiques et de radiologie interventionnelle pour faire face aux besoins d'une population en croissance. Le CH s'est posé la question de l'articulation entre le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des patientes qui sont atteintes de cette pathologie. De son côté, un groupe de médecins radiologues libéraux, qui assure la majeure partie du dépistage, souhaite élargir le dépistage organisé à des populations qui n'y participent pas encore.

Les deux parties ont d'abord défini un projet médical commun et une charte de qualité, avant de conclure une convention par laquelle l'imagerie du sein sera assurée par le groupe libéral et la prise en charge des patientes atteintes de cancer, orientée vers le CH.

Les deux parties ont constaté une augmentation significative de leur activité dans le territoire de santé en optimisant le fonctionnement des équipements. Les ressources radiologiques du centre hospitalier sont centrées sur la prise en charge des patients consultants de l'hôpital.

Basé sur un projet médical commun, le projet s'amplifie par le rapprochement physique des différents sites, à l'occasion de travaux de regroupement engagés tant chez les libéraux que dans l'hôpital.

## Un cabinet libéral dans un centre hospitalier

Situé dans une zone géographiquement enclavée et socialement défavorisée du Nord, cette expérience innovante est caractérisée par la décision des médecins radiologues libéraux de fermer leur cabinet existant et de le transférer dans les locaux du centre hospitalier, qui ne disposait plus de médecins radiologues, et qui s'était regroupé sur un seul site, avec la clinique privée.

Toute l'activité est réalisée en mode libéral, en temps réel, évitant les délais d'examen et diminuant la durée de séjour des patients hospitalisés. Les examens des patients hospitalisés sont facturés par la structure libérale à l'hôpital. Le coût pour l'hôpital est inférieur à celui du maintien artificiel d'un service d'imagerie hospitalier au moyen de remplaçants.

Ce projet a été fortement soutenu par l'ensemble des composantes de la profession (libérale, publique, notamment hospitalo-universitaire) dans la région, qui se sont engagées auprès des tutelles pour son aboutissement. Il est complété par une autorisation de scanner acquise de haute lutte, ce qui permet de solidifier l'offre de soins locale et, ainsi, de permettre d'attirer des nouveaux praticiens et de limiter les déplacements des patients comme ceux des médecins. Une demande d'IRM à champ modéré va être redéposée après un premier refus par l'ARH.

Ce mode de fonctionnement apparaît bien adapté à des secteurs de santé équivalents au niveau du territoire français.

## La gestion de l'activité libérale des praticiens hospitaliers

Ce projet illustre les difficultés de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Dans un grand centre hospitalier, avec une équipe de huit médecins radiologues, le chef de service a tenté de structurer l'activité libérale des PH, en essayant, dans un premier temps, **de doter ces derniers d'un statut de PH temps partiel** : l'activité pour les patients hospitalisés serait réalisée dans le cadre de l'activité hospitalière, l'activité libérale pour les patients externes.

Il a été proposé une activité libérale mutualisée concernant tous les patients externes traités, activité encaissée sur un compte unique commun et redistribué de façon égale entre les participants (mutualisation de l'activité libérale équivalant à l'ancienne masse commune).

Ce projet s'est heurté à de nombreuses difficultés :

- L'impossibilité légale pour un praticien à temps partiel d'exercer le reste de son activité en libéral sur le site de son activité principale. Cet élément réglementaire majeur est un facteur bloquant de la réorganisation de l'imagerie à l'hôpital.
- La valorisation économique de l'activité, qui nécessitait de comptabiliser en activité externe l'activité des urgences, faute de quoi les revenus générés par l'activité libérale étaient insuffisants. A défaut de règles édictées, les praticiens avaient pris pour base de reversement les conditions fixées pour l'activité libérale des PH temps plein.



- La difficulté de mettre les praticiens en masse d'honoraires communes. Certaines activités étant plus rémunératrices que d'autres, il est indispensable de partager les honoraires entre les praticiens.
- La nécessité d'une réversibilité du statut (demandé par le Conseil national de l'Ordre des médecins) et l'information du patient qu'il va passer en "clientèle privée", même quand celle-ci est réalisée dans les mêmes conditions, notamment financières, que l'activité hospitalière.

Au vu de ces difficultés, le chef de service s'est replié sur une structuration de l'activité libérale dans le cadre des 2 demi-journées légales autorisées pour les PH temps plein.

Les praticiens intéressés se sont alors portés sur l'imagerie en coupe, ce qui a posé immédiatement des problèmes d'accès aux équipements, cette activité libérale ne pouvant se réaliser que dans le cadre des moyens de l'hôpital.

L'IRM de l'hôpital étant partagé avec les médecins radiologues libéraux, l'octroi de six demi-journées aux trois praticiens désireux de réaliser de l'imagerie en coupe privait l'hôpital de quasiment toute vacation "hospitalière" pure.

Si l'on souhaite conserver des praticiens hospitaliers en leur proposant une activité libérale sur des équipements d'imagerie en coupe, il est nécessaire d'augmenter le nombre de scanners et d'IRM, ce qui est par ailleurs indispensable à la qualité de la prise en charge des malades selon le guide du bon usage des examens d'imagerie. ■

# Le projet professionnel commun

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

Cinq axes sont fondamentaux :

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

Nous proposons la création de **Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM)**.

Un POSIM est la constitution, dans une zone géographique donnée (locale, sectorielle ou « territoriale » au sens de la loi HPST), d'un regroupement de moyens entre plusieurs acteurs de l'imagerie médicale. Fondé sur un **projet médical commun**, le POSIM vise à assurer le fonctionnement harmonieux d'un **plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante et mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité**.

Le POSIM peut être un regroupement public – public, public – privé, voire privé - privé sur tout ou partie de l'activité. Le POSIM peut ainsi ne concerner qu'une filière de soins (la mammographie et le cancer du sein par exemple) lorsque les compétences sont réparties entre plusieurs structures.

Il peut s'appuyer sur le SROS ambulatoire indicatif prévu dans la loi HPST et le SROS imagerie, en liaison avec le G4 régional, mais ne doit en aucun cas être un regroupement artificiel imposé par les tutelles. Il doit se fonder sur un projet médical, au service des patients et un intérêt commun à agir.

La constitution d'un POSIM doit s'accompagner d'une convention avec l'ARS permettant de doter le POSIM des autorisations d'activités d'imagerie avec les équipements nécessaires (scanner et IRM notamment) à son fonctionnement, sans a priori sur la localisation ou le fonctionnement des équipements, en faisant appel, si nécessaire, à des expérimentations s'inscrivant dans un cadre dérogatoire.

Le POSIM doit disposer d'un système d'information radiologique et d'un système d'archivage et de partage des images (PACS).

## Favoriser la qualité et la bonne gestion des indications

La justesse des indications est la condition du respect des règles de radioprotection, de la maîtrise des ressources humaines et financières et de la pérennité du financement du progrès médical. La profession s'est engagée, depuis plusieurs années, avec la HAS en élaborant, puis en révisant et diffusant le Guide du Bon Usage des Examens d'Imagerie.

Un travail important est mis en œuvre pour diffuser ce guide aux médecins demandeurs d'examen. Il est un outil interdisciplinaire de développement professionnel continu.

La mise à niveau des équipements dans le cadre des POSIM doit permettre d'aller



directement vers l'examen le plus approprié. Des indicateurs de qualité sont proposés par les médecins radiologues : délais d'attente, accès des médecins radiologues aux équipements d'imagerie en coupe, taux de conformité des demandes au Guide du Bon Usage, délai et structuration des comptes-rendus...

## Favoriser un déploiement professionnel de la téléradiologie

La téléradiologie est aujourd'hui perçue par les tutelles essentiellement comme un outil supplétif dans l'organisation et la gestion de la permanence des soins. Cette approche est fondamentalement trop restrictive.

Il est nécessaire de penser la téléradiologie dans le cadre d'un projet local, incorporant la gestion de l'adressage aux compétences radiologiques spécialisées, la répartition de la charge de travail, et l'accès aux techniques d'imagerie appropriées.

La téléradiologie est un acte médical encadré par les règles de la déontologie médicale (cf le *Guide du Bon Usage de la Téléradiologie*, élaboré par la profession et le CNOM). Elle recouvre le télé-diagnostic et la télé-expertise.

Elle peut être une composante de l'organisation médicale d'un POSIM, avec la constitution d'un identifiant unique, le partage de l'infrastructure informatique et des données et les garanties d'assurance-qualité nécessaires.

La téléradiologie doit s'appuyer - comme la radiologie sur site - sur une meilleure appréciation des demandes d'examen. Elle suit

l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient. La télétransmission d'images sur le plan technique ou la télé-interprétation sur le plan médical ne sont, chacune, que des étapes de la téléradiologie. Elle prend en compte les relations humaines entre le patient, le médecin clinicien, le médecin radiologue et le manipulateur et tous les impératifs techniques et organisationnels à la qualité des soins.

C'est dans le cadre d'un projet médical et au travers du *Guide du Bon Usage des Demandes d'Examen d'imagerie*, que les médecins radiologues et leurs correspondants doivent définir les protocoles médicaux communs de téléradiologie.

La téléradiologie doit être conforme au Guide du Bon Usage de la téléradiologie défini par la profession (G4) et le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

## Concevoir des outils juridiques adaptés

La loi HPST prévoit la constitution de GCS d'établissement, dont les décrets d'application ne sont pas encore publiés.

Les GCS de moyens, utilisés actuellement, ont fait la preuve de leur efficacité. Or, il semble que les nouveaux textes en préparation, suite à la loi HPST, n'apportent pas une souplesse similaire, en raison notamment du statut de droit public donné à tout GCS entre un établissement et des professionnels libéraux. ■



Or, il est nécessaire que ces outils autorisent la réalisation du Projet Professionnel Commun d'Imagerie en favorisant les coopérations entre les secteurs public et privé et la gestion quotidienne des futurs POSIM.

De même, il est indispensable que les statuts des structures juridiques permettent la formation des étudiants en radiologie dans le cadre des regroupements.

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

Dans le cadre d'un POSIM, il convient de rechercher un rapprochement - même partiel - des modes d'exercices et des statuts. Une partie de ce rapprochement peut être recherché dans les modalités de détachement ou de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Il convient de permettre que ceux-ci puissent réglementairement être réalisés dans le cadre du GCS ou de toute autre formule juridique retenue pour le POSIM. Cette activité libérale peut être mutualisée et payée sous forme de salaire, ce qui évite le double statut.

Pour les praticiens qui envisagent le double statut, une autre solution réside dans le passage à temps partiel des praticiens hospitaliers. Le cadre réglementaire actuel ne leur permet cependant pas d'exercer le reste de leur activité sur le site de leur activité principale.

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

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

Pour les praticiens libéraux, le rapprochement peut se faire par des vacations hospitalières et la cogestion de la permanence des soins (PDS). Il faut cependant redéfinir les vacations hospitalières qui seraient réalisées dans le cadre d'un POSIM pour les réévaluer. Il en est de même pour la permanence des soins qui doit donner lieu, une fois le POSIM constitué, à une indemnisation équivalente quel que soit le statut (indemnité de sujétion + équivalent salaire).

Le rapprochement peut aussi s'effectuer au travers d'expérience de salariat des médecins libéraux. Dans le cadre de sociétés d'exercice libéral (SEL) possédant le statut de société anonyme (SA), les médecins peuvent alors être salariés, ce qui permettrait de comparer et de rapprocher les statuts professionnels.

■



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

Il existe cependant de nombreux freins à ce changement de paradigme : des freins administratifs et réglementaires bien sûr (certains ont été évoqués dans ce document), mais aussi des freins psychologiques.

La loi HPST représente une opportunité historique de lever certains de ces freins, à condition d'orienter certains décrets dans le sens d'une réponse pragmatique aux difficultés rencontrées.

La gestion du changement s'effectuera au travers d'avancées locales, par des équipes pilotes motivées, autour de solutions parfois dérogatoires.

Pour cela, la profession radiologique regroupée s'est dotée d'un programme de travail pour l'année 2010.

Des contacts étroits vont être organisés avec le Comité de Suivi de la loi HSPT et les Agences Régionales de Santé pour étudier conjointement les évolutions nécessaires, les solutions économiques et juridiques et les besoins locaux de mutualisation de l'imagerie.

# Conclusions

### Six groupes de travail ont été constitués pour accompagner ce projet :

- Un groupe chargé de proposer une méthodologie d'écriture des projets médicaux des POSIM.
- Un groupe "qualité", chargé d'élaborer une charte de qualité des POSIM.
- Un groupe sur les systèmes d'information, animé par les acteurs chargés de ce secteur dans la profession.
- Un groupe "recherche", composé notamment d'un PUPH et d'un représentant des internes et chefs de clinique.
- Un groupe de travail sur les outils économiques, animé par le Président de la FNMR et celui du SRH.
- Un groupe sur les outils juridiques, en liaison avec la FHF et des avocats spécialisés. ■



### **FNMR**

Fédération Nationale des Médecins Radiologues

62, Boulevard Latour Maubourg - 75007 PARIS

Tél. : 01 53 59 34 00 - Fax. : 01 45 51 83 15

Email : [info@fnmr.org](mailto:info@fnmr.org)

[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)



### **SRH**

Syndicat des Radiologues Hospitaliers

Centre Antoine Béclère

45, Rue des Saints Pères - 75006 PARIS

Email : [syndicat@srh-info.org](mailto:syndicat@srh-info.org)

[www.srh-info.org](http://www.srh-info.org)



### **SFR**

Société Française de Radiologie

20, Avenue Rapp - 75007 PARIS

Tél : 01 53 59 59 69 - Fax : 01 53 59 59 60

E-mail : [sfr@sfradiologie.org](mailto:sfr@sfradiologie.org)

[www.sfrnet.org](http://www.sfrnet.org)