

Coopérations entre manipulateurs d'électroradiologie et radiologues : où en est-on et où va t-on ?

Docteur Vincent HAZEBROUCQ - Radiologue des hôpitaux de Paris - Maître de conférences à l'Université Paris Descartes, Chargé de mission pour l'imagerie à l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France

Le numéro du premier trimestre 2008 de SRH-Info avait été l'occasion¹ d'aborder une première fois les nouvelles formes de coopérations possibles entre les manipulateurs d'électroradiologie (MER) et les radiologues, et de faire un point sur les "expérimentations Berland" rendues possibles par la Loi n° 2004-806 "de Santé publique" du 9 août 2004 et autorisées par deux arrêtés ministériels de décembre 2004 et 2006. Les lecteurs les plus attentifs se rappellent que ces expérimentations avaient principalement démontré, pour l'imagerie diagnostique, la possibilité de déléguer, sans risque pour les patients, la réalisation de l'acquisition des images de certaines échographies à des manipulateurs spécialement formés, avec une qualité d'examen au moins égale à celle des échographies réalisées intégralement par des médecins.



Depuis lors, la Loi 2009-979 « HPST » du 21 juillet 2009 est venue remplacer les dispositions expérimentales de 2004 par trois articles législatifs (art. L.4011-1 à -3) de la partie législative du Code de la santé publique (CSP) permettant aux profession-

nels de santé volontaires d'opérer entre eux² des transferts d'activités ou d'actes de soins, pouvant légalement déroger aux définitions et limites de compétences réglementairement prévues pour les professions paramédicales. Ces transferts d'activités (et non "de compétences") – actes volontairement délégués par le médecin à un(e) collaborateur (-trice) également volontaire – sont en outre conditionnés au respect d'une procédure complexe comportant l'envoi à l'ARS d'un

dossier de demande d'autorisation, et la rédaction d'un protocole de coopération devant être soumis par l'ARS à l'avis de la HAS. Plusieurs textes réglementaires, décret et arrêtés ministériels ont complété et précisé ces dispositions légales³. La Haute autorité de santé a ensuite publié plusieurs documents (mode d'emploi, grilles pratiques et fiche d'évaluation) destinés à faciliter la tâche des promoteurs de ces nouvelles coopérations entre professionnels de santé⁴.

C'est ce dispositif réglementaire qui permettrait, dans certaines conditions d'organisation, à des MER de déléguer en toute légalité à des infirmières de bloc opératoire (ibodes) la prise de certaines radiographies per-opératoires lorsque la présence d'un technicien spécialiste de l'imagerie et de la radioprotection ne s'impose pas. Il faut alors évidemment que les ibodes concernées aient été convenablement formées et aient validé la formation en radioprotection des patients,

1 - Rappel : les chroniques précédentes restent consultables sur le site internet du SRH, à la rubrique radiovigilance, à l'adresse URL suivante : <http://www.srh-info.org/radio.asp>

2 - Art. L. 4011-1 CSP : "Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Art. L. 4011-2 CSP : "Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

Art. L. 4011-3 CSP : "Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation."

Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé.

3 - Arrêtés des 31 décembre 2009 et 28 mars 2012, décret 2010-1204.

4 - Voir le site de la HAS à l'adresse URL suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi



Médico-légal

et que leur activité soit réalisée sous la responsabilité d'un médecin et régulièrement évaluée par des MER, pour s'assurer du respect de la qualité nécessaire.

Pour en revenir à l'échographie, signalons que dans son avis n° 2012-0007, la HAS a logiquement donné le 8 mai 2012 un avis favorable à l'autorisation, par l'ARS de Lorraine, pour certains manipulateurs d'électroradiologie, spécifiquement formés et affectés au moins pour 50 % de leur temps de travail, d'effectuer l'acquisition d'images d'échographie. Cette approbation de la HAS fait suite à l'appréciation positive donnée sur les expérimentations Berland de Lorraine et de Haute-Normandie et permet aux MER concernés de pérenniser leurs activités dérogoires. Elle permet aussi à d'autres MER d'autres régions de leur emboîter le pas, avec une procédure simplifiée pour l'ARS.

Pour l'instant, la formation *ad hoc* obligatoire est constituée par un module spécifique du *Diplôme interuniversitaire d'échographie et techniques ultrasonores*⁵. Si l'on observe de nombreuses demandes de répliation dans diverses régions de France du protocole lorrain, la question se posera d'intégrer cette formation, en application du décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010, soit dans la formation *initiale de base* des MER – et alors d'intégrer cette compétence aux dispositions réglementaires qui concernent la profession dans le CSP – soit dans la constitution d'un *master d'échographie* qui viendrait compléter par l'échographie les possibilités d'évolutions professionnelles offertes aux manipulateurs, en plus des actuelles filières d'encadrement ou de formation des MER. Cette seconde solution semble plus en accord avec les préconisations du rapport de Laurent Hénart, Yvon Berland et Danielle Cadet, rendu en janvier 2011 au Ministre de la santé intitulé : « *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire ; Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* ».⁶

D'autres évolutions sont d'ores et déjà évoquées, certaines dans le domaine de la dosi-

métrie et du contrôle qualité des appareillages, des traitements d'images, de la gestion des pacs et systèmes d'informations radiologiques ou encore vers les activités d'ingénierie de recherche académique..., pouvant à terme constituer des passerelles depuis la formation des MER vers les *métiers de l'ingénierie* ; d'autres, comme l'échographie, ou l'aide à l'interprétation des images médicales (voir ci-après), constituant des passerelles possibles d'évolutions vers les *métiers médicaux de l'imagerie*.

La première étape dans cette voie serait l'attribution du *Grade de master*, après une expérience professionnelle suffisante complétée par une formation académique, à certains MER remarquables pour leur excellence technique et leur dynamisme (nous en connaissons tous). Ce grade conférerait au « MER mastérisé » des prérogatives, leur permettant de *pratiquer et de réaliser une pré-interprétation* de certains actes d'imagerie médicale, selon des protocoles établis par les médecins. Ultérieurement, l'accession au *Grade de doctorat* pourrait permettre au titulaire issu de la filière MER et ayant gravi tous les échelons de l'expérience professionnelle personnelle et de la formation académique d'exercer certains actes médicaux, en pleine autonomie professionnelle dans le domaine spécifique de l'imagerie pour lequel ils auront été formés.

Ces perspectives sont encore lointaines et incertaines ; il faut cependant constater qu'à l'étranger se développent de nombreuses *pratiques avancées* de ce type, le plus souvent sans difficultés sérieuses ; il est sans doute préférable de le faire officiellement, avec des limites claires et précises, après une formation adaptée sanctionnée par un diplôme académique, plutôt que de le faire sous le manteau et illégalement (nous en connaissons tous aussi...).

Ces pratiques avancées ont l'avantage de fournir une réponse à la problématique des évolutions inverses de la démographie médicale (en régression dans pratiquement tous

les pays, au point que l'UNICEF estime qu'il manque au niveau mondial 4,3 millions de professionnels de santé⁷) et des développements de l'importance de l'imagerie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. En outre, les progrès techniques permettent d'automatiser de nombreuses procédures et de faciliter l'obtention d'exams d'imagerie complets et de qualité, incitant à recentrer le temps médecin des radiologues sur les actes où leur valeur ajoutée est la plus évidente.

En particulier, la pré-interprétation par des MER de certains types d'exams d'imagerie médicale, notamment aux urgences, fait l'objet de publications et communications internationales favorables⁸, en particulier britanniques⁹ qui conduiront certainement à envisager chez nous aussi de confier à certains MER chevronnés et spécialement formés (niveau master) une pré-interprétation de certains exams d'imagerie sous la responsabilité d'un téléradiologue selon un protocole de coopération formalisé.

Une relecture, en présence des MER, aurait le double intérêt de contrôler la validité de leur pré-interprétation et d'assurer leur formation continue.

Une telle organisation, exploitant simultanément les bénéfices potentiels des coopérations entre professionnels de santé et ceux d'une téléradiologie de qualité serait sans doute une réponse meilleure et à terme moins coûteuse (lorsqu'on intègre les coûts & conséquences de la non-qualité) que l'interprétation unique d'un urgentiste, et sans doute bien meilleure aussi que les télélectures des organisations industrielles téléradiologie low-cost négligeant la clinique et l'interaction directe avec le manipulateur et le patient.

Soulignons pour conclure que si cette organisation peut donc bien s'envisager dans le cadre d'un protocole de coopération autorisé en vertu des articles L.4011-1 à -3 du CSP, il serait en revanche parfaitement imprudent de l'instaurer à la sauvette.

5 - Voir le site du DIU à l'adresse URL suivante : <http://naxos.biomedicale.univ-paris5.fr/diue/>

6 - Ce rapport et ses annexes sont disponibles à la page URL suivante du Site internet du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html>

7 - Voir sur ce sujet la récente note du Conseil d'analyse stratégique n°308 de décembre 2012, (URL : <http://www.strategie.gouv.fr/content/mobilite-internationale-professionnels-sante-na-308>) ainsi que les notes n°219 sur les compétences transversales et les compétences transférables (avril 2011), n°254 sur les opportunités pour l'offre de soins des coopérations entre professionnels de santé (décembre 2011), et n°255 sur les opportunités pour l'offre de soin de la télésanté (décembre 2011).

8 - Voir par exemple la communication de l'irlandais Jonathan McNulty de l'University College of Dublin School of Medicine (ESR Vienne Mars 2012) et les articles de Brealey SD et coll. « *Radiographers and radiologists reporting plain radiograph requests from accident and emergency and general practice.* » (*Clin Radiol.* 2005, 60 (6): pp. 710-717), et Smith TN et Baird M. « *Radiographers' role in radiological reporting: a model to support future demand* » (*Med J Australia* 2007, 186 (12) : pp. 629-631).

9 - Le Royal College of Radiologists britannique a même publié en 2010 des recommandations officielles sur l'interprétation des images médicales par les MER du Royaume uni. Ces recommandations sont accessibles à l'adresse URL www.rcr.ac.uk

