Contribution de la commission imagerie à la future loi de santé 2014

A l'initiative des professionnels de terrain, la FHF a constitué en janvier 2014 une commission imagerie. Composée de médecins et de directeurs d'établissement, la commission, présidée par le Docteur Frédéric Martineau, est chargée d'apporter des propositions concrètes pour promouvoir une imagerie publique de qualité.

Dans le cadre de la future loi de santé, qui mettra en œuvre la Stratégie Nationale de Santé, il nous est apparu indispensable de définir les grandes orientations à déployer dans les années qui viennent pour la discipline de radiodiagnostic et d'imagerie médicale exercée à l'hôpital public.

En effet, l'imagerie médicale, par la place prépondérante qu'elle occupe dans le diagnostic et le suivi thérapeutique de toutes les activités et spécialités médicales ou chirurgicales, constitue un enjeu stratégique majeur pour les établissements de santé. Elle est au cœur de la plupart des grands plans de santé publique de ces dernières années (Plans Cancer, AVC...) et de la prise en charge des urgences. Son efficience sera capitale demain dans la montée en charge de l'activité ambulatoire.

Pour autant, la situation actuelle de cette discipline est alarmante dans de nombreux territoires.

Le constat, connu, se dégrade depuis 15 ans, avec un taux de vacance d'emplois passé de moins de 10% à 40% des postes de radiologues ; quant à l'équipement médical d'imagerie, après l'embellie du plan Hôpital 2007, il est fréquent que les équipes radiologiques travaillent sur des scanners et des IRM de plus de 10 ans, y compris dans des services universitaires ; par ailleurs, la part des établissements publics détenteurs d'autorisation de ces équipements est passée à moins de 40% alors qu'elle était supérieure à 60% il y a encore 15 ans.

Si le déficit de coopération entre établissements publics de santé a parfois pu aggraver certaines difficultés locales, dans de nombreuses régions, y compris pour de grands centres hospitaliers, la situation est préoccupante.

La commission imagerie de la FHF est consciente que la future loi de santé ne saurait répondre à elle seule à l'ensemble des problématiques de l'imagerie publique et particulièrement son attractivité en concurrence avec le secteur privé lucratif. Cependant, ne pas en tenir compte constituerait une faute qui fragiliserait à terme tout le dispositif hospitalier public.

C'est pourquoi, les membres de la commission souhaitent que cette loi puisse porter, au sein d'un cadre général, une attention particulière à ce secteur essentiel d'activité et propose 5 grandes recommandations.

1. Rendre obligatoire sur les territoires la mise en œuvre de plateformes d'imagerie diagnostique et interventionnelle complètes, diversifiées et regroupées autour d'équipes de taille suffisante et pluri-spécialisées

La future loi de santé, dans son titre sur les parcours de santé, aura à définir le cadre juridique, les modalités de gouvernance et le caractère incitatif ou obligatoire des coopérations territoriales.

S'inscrivant dans la politique de la FHF, les membres de la commission imagerie souhaitent voir se développer de réelles plateformes d'imagerie publique au sein des territoires.

Le **projet médical de territoire** doit obligatoirement comporter un volet sur les coopérations en imagerie, issu d'un diagnostic de l'offre et des besoins ainsi que d'un état de l'activité réalisée (en journée, nuit et nuit profonde). Ces coopérations sont graduées et doivent couvrir les besoins de proximité, en lien avec les radiologues libéraux, et les besoins spécialisés dans le cadre de plateforme territoriale.

Le projet médical de territoire inclut un **cahier des charges** partagé par l'ensemble des acteurs de la plateforme, décrivant les modalités de coopération, les parcours des patients, les protocoles et bonnes pratiques, la possibilité de revues de pertinence croisées…

Ainsi, l'objectif de la plateforme d'imagerie publique est avant tout de délivrer une prestation de qualité à tous les patients, dans des délais acceptables et accessible en secteur 1. La mutualisation au sein de la plateforme **ne se réduit donc pas à un partage d'équipement** mais permet la constitution d'une équipe de taille suffisante pour compter des professionnels spécialisés, partageant un projet médical commun, des protocoles harmonisés, dans un objectif d'efficience.

Privilégiant les partenariats public-public, l'ouverture des plateformes à l'ensemble des acteurs de l'imagerie sur le territoire est possible, souvent souhaitable, parfois indispensable.

Les plateformes d'imagerie publique peuvent se décliner en **pôle de territoire.**

L'hôpital public reste ainsi au cœur du dispositif : l'ensemble des professionnels du territoire, médecins comme manipulateurs, peuvent intégrer ces plateformes qui, pour améliorer la qualité du service médical rendu, s'appuieront sur les recommandations professionnelles de bonnes pratiques publiées par la Société Française de Radiologie et le Conseil professionnel de radiologie, et en particulier :

- le *Guide du Bon Usage des Examens d'Imagerie* réalisé avec l'HAS et qui permet d'éviter les examens inutiles ou redondants

- les recommandations concernant la radiologie interventionnelle dont le développement est vital pour les patients (multiplication par 4 des actes d'ici 2020, rapport Unicancer)
- les recommandations sur la prise en charge des urgences selon la typologie des établissements et des services d'accueil des urgences
- les recommandations sur les filières de patients : pédiatrie, AVC, urgences, cancer
- les recommandations pour le bon usage de la télé-radiologie basées sur la charte de télé-radiologie.

Les plateformes d'imagerie sont également le moyen de **mutualiser** au sein du territoire des **compétences médicales rares** et **certaines fonctions** (exemple : personnes compétentes en radioprotection ou radio-physiciens).

A terme, mais sans en faire un pré-requis, la délivrance d'autorisation en imagerie peut inclure l'obligation de participer à la **permanence des soins**.

Il est indispensable de rappeler que le succès des coopérations existantes repose en grande partie sur les initiatives menées par des équipes radiologiques de terrain autour d'un projet médical concerté. La **gouvernance** du portage juridique des plateformes doit être repensé pour veiller à **intégrer les médecins**, principaux acteurs de la coopération.

Enfin, les plateformes d'imagerie seront également un outil majeur pour favoriser la **recherche** clinique et translationnelle, avec un rôle évident dans l'inclusion des patients.

2. Développer une politique attractive de l'hôpital public pour l'ensemble des professionnels de l'imagerie sur un territoire

La future loi de santé comportera un chapitre sur la modernisation des professions de santé.

L'urgence de la situation de la démographie médicale en imagerie – près de 40% des postes de PH temps plein vacants, 1.500 départs à la retraite dans les 10 prochaines années… – impose une réaction rapide des autorités régulatrices.

Tout d'abord, les membres de la commission tiennent à rappeler que la coopération entre établissements ne suffirait pas à elle seule à combler les difficultés majeures posées par la démographie médicale.

Les **campagnes de dépistage** et les **plans nationaux de santé publique**, notamment le dernier plan cancer, affichent des objectifs ambitieux d'accès rapide à un plateau technique d'imagerie de qualité. Pour que l'ensemble des patients puissent bénéficier des progrès considérables réalisés dans ce secteur, les radiologues doivent pouvoir être disponibles à tout moment afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de cette population. Ceci nécessite d'étoffer de façon significative les équipes existantes car l'évolution de l'activité professionnelle s'effectue de plus en plus **de la production vers le conseil et la concertation, la relecture ou la synthèse de dossiers réalisés antérieurement ou ailleurs**. Cette mutation de l'activité de radiologie est la contrepartie de la **révolution numérique**.

L'augmentation du nombre de postes d'internes en radiodiagnostic et imagerie médicale, certains pouvant être fléchés vers les plateformes, avec des maquettes de formation validées par les universitaires, est une première réponse et constituerait un signal fort pour l'ensemble des acteurs.

Cette mesure, qui ne relève pas du domaine législatif, doit malgré tout être rapidement engagée et constitue un préalable à la question de la démographie médicale.

La mise en œuvre des plateformes d'imagerie doit constituer une réponse facilitatrice aux difficultés de recrutement des établissements de santé, difficultés multi-factorielles liées aux rémunérations, aux contraintes de l'exercice et parfois aux lourdeurs administratives et au moindre espace laissé aux radiologues dans la définition de la stratégie, et de la politique d'investissement. Pour ce faire, les plateformes pourront apporter les réponses suivantes :

- Offrir des **conditions d'emploi et de rémunération homogènes** sur un même territoire ;
- Offrir aux praticiens **l'opportunité de se sur-spécialiser, d'accéder à des plateaux techniques innovants et de participer à la recherche et l'enseignement ;**
- Partager des **postes d'assistants** entre centres hospitaliers, mais aussi entre CH et CHU pour rapprocher les équipes, favoriser les recrutements ultérieurs, participer aux publications et améliorer le parcours des patients ;

- Etre le lieu **d'expérimentations statutaires** visant à renforcer l'attractivité pour les médecins et les personnels non médicaux de l'imagerie médicale.

  Ces expérimentations pourraient notamment être issues des propositions de la **commission attractivité de la FHF** (ex : uniformisation des statuts en post-internat, fin de l'année probatoire dans certains cas, rémunérations complémentaires, facilitation de l'exercice mixte par assouplissement de la réglementation sur le statut de PH temps partiel…).

Enfin, et venant en complément des précédentes propositions, **les délégations d'activité** au sein des services d'imagerie apparaissent incontournables.

Plusieurs types de délégations peuvent s'exercer : les délégations horizontales entre médecins (du radiologue vers le cardiologue par exemple, ou du manipulateur vers l'IDE) mais également des délégations d'activité, du radiologue vers le manipulateur, **toujours placé sous la responsabilité médicale**. Ces délégations doivent être encadrées et faire l'objet d'un accord de l'ensemble des parties prenantes. Il ne s'agit en aucun cas de segmenter les compétences et la responsabilité des médecins mais de permettre à chaque professionnel d'exercer son art dans des conditions d'exercice sûres et encadrées.

Par ailleurs, dans le domaine de l'échographie, le diplôme inter-universitaire (DIU) d'échographie est ouvert depuis 2 ans aux manipulateurs en électroradiologie médicale impliqués dans un projet de coopération. Cette formation constitue un élément d'attractivité pour ces professionnels et doit être encouragée.

3. Structurer une démarche qualité

La future loi de santé comporte une section sur la qualité des pratiques professionnelles. Elle doit inscrire la mise en place d'une **certification des services d'imagerie**.

En effet, les services d'imagerie peuvent actuellement prendre l'initiative de se faire labelliser. Cette démarche vertueuse mais facultative doit se généraliser et devenir obligatoire.

Les établissements de santé sont engagés depuis de nombreuses années dans des processus qualité, placés sous l'égide de la Haute autorité de santé.

Pour autant, une **démarche de certification propre aux services d'imagerie**, dont les critères seraient définis par l'ensemble des acteurs au niveau national, n'existe pas encore. Les établissements ont par exemple la possibilité de recueillir l'indicateur « conformité des demandes d'examens d'imagerie » dans le cadre de la campagne nationale de recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins menée par la HAS, mais cette démarche reste optionnelle.

Sans reproduire le modèle d'accréditation des laboratoires, l'introduction d'une démarche qualité, s'appuyant sur les travaux du Conseil Professionnel de Radiologie, serait une avancée majeure. Ces travaux ont abouti en 2013 à **un référentiel de certification de service en imagerie médicale**.

La certification des services d'imagerie proposerait à l'ensemble des professionnels un socle d'objectifs communs de qualité à atteindre et à respecter. Elle serait susceptible d'apporter aux patients une confiance accrue dans les services d'imagerie.

La **radioprotection** des patients et des professionnels incluant la traçabilité des doses administrées, la **pertinence des actes** et les **règles de bonnes pratiques** doivent être les trois piliers structurant cette démarche de certification.

4. Clarifier les règles d'archivage des données et simplifier les échanges d'images tout en préservant la confidentialité

La future loi de santé comporte une section sur les outils de coordination, d'échange et de partage d'information.

Elle doit donc prendre en considération les difficultés majeures rencontrées par de nombreux professionnels de santé souhaitant **échanger des données médicales et notamment des images**, dans le cadre des **parcours** de soins des patients.

Les systèmes d'archivage et de partage des images (PACS) sont des outils incontournables en radiologie. Rares sont désormais les services d'imagerie qui ne sont pas passés au tout numérique.

Dans le même temps, le besoin d'accès et de partage de données d'imagerie augmente dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé d'une même structure ou d'établissements différents.

Ce sont des outils clés de la **bonne prise en charge des patients et de la cohérence des soins**, dans une logique de parcours.

Pour autant, les obstacles juridiques sont nombreux à la bonne lisibilité du système.

Plusieurs grands thèmes pourraient faire l'objet de simplification et de clarification :

- durée de stockage et d'archivage des données et des images, et définition de la qualité des images stockées, selon des critères reposant sur l'**utilité médicale** ;
- modalités d'**identification des patients**, dans une logique de parcours de soins, avec la création d'un identifiant permanent du patient commun à l'ensemble des établissements partenaires ;
- règles relatives à l'**hébergement des données** dans le cadre de coopération.

Il est désormais indispensable que les règles soient **harmonisées entre établissements de santé et professionnels libéraux**, et que les **exigences d'interopérabilité** soient définies strictement.

5. Valoriser l'activité d'imagerie au sein des établissements de santé et encourager les investissements

Les membres de la commission déplorent l'absence de valorisation de l'activité de l'imagerie au sein des établissements de santé.

L'activité d'imagerie est trop souvent considérée uniquement comme un centre de coût.

Pourtant, la précocité du diagnostic comme le suivi efficace de la thérapeutique, très souvent apportés par l'imagerie, sont les **garants d'une durée moyenne de séjour optimisée** et constituent donc un facteur de qualité et un témoin de bonne gestion.

C'est pourquoi, il apparaît opportun d'introduire une nouvelle méthodologie de valorisation des actes d'imagerie au sein des établissements de santé.

Dans cette perspective, il n'est pas concevable que les acteurs de l'imagerie publique ne soient pas associés aux **négociations sur la nomenclature CCAM**, et les mécanismes d'inscription et de reconnaissance doivent être accélérés afin de favoriser la diffusion des innovations (exemple de l'imagerie interventionnelle).

Une méthodologie simple pour définir les **budgets de pôles d'imagerie** pourrait également être diffusée afin de pouvoir donner une visibilité aux équipes radiologiques et permettre le benchmarck.

La valorisation des actes doit également inclure le champ de la télé-radiologie, qui comprend la **télé-expertise** et le **télé-diagnostic**.

Enfin, afin de garantir à chaque patient une prise en charge en adéquation avec l'obligation de moyen qui lui est dû, le **renouvellement régulier des équipements** doit être rendu obligatoire.

Les bases du calcul d'une enveloppe minimum d'investissement en matériel médical au sein des établissements de santé devront faire l'objet d'une réflexion afin de s'assurer de ce renouvellement.

Dans la perspective de la certification des comptes des établissements de santé, le **sous-investissement**, qui équivaut en pratique à une dette potentielle, devrait être affiché dans le bilan financier annuel des établissements, afin de ne plus pouvoir être occulté durablement.

Cette exigence s'inscrit dans un contexte d'évolution technologique accélérée et de gestion des risques avancée.

L'analyse des équipements installés, lors des **demandes de renouvellement d'autorisation**, pourrait être une étape de préconisation des besoins d'investissement. Les équipements vieillissants, pouvant entraîner une **perte de chance pour les patients**, devraient pouvoir être identifiés, reconnus obsolescents et retirés du parc d'équipement.