

PDS-ES en imagerie :

Recommandations établies par le SRH

Les SROS imagerie sont souvent demandeurs de propositions d'organisation de la part des radiologues. Aussi il a paru utile au SRH de faire des recommandations sous forme de boîte à outils pour aider les collègues. Il est nécessaire que les radiologues hospitaliers se les approprient, les utilisent et les fassent évoluer.

La PDS-ES, *permanence* des soins en établissements de santé, concerne l'activité des urgences - les patients provenant de l'extérieur de l'hôpital - et est financée par l'enveloppe MIGAC (ARS) ; elle est à différencier de la *continuité* des soins qui correspond aux examens, y compris non programmés et urgents, pour les patients hospitalisés (en réa par exemple) qui doit être financée dans l'hôpital via la T2A et les GHS.

Certaines spécialités (urgentistes) sont organisées différemment pour ces deux contraintes, mais pas l'imagerie. En général, les radiologues hospitaliers assurent indistinctement la permanence et la continuité des soins, ce qui complique le financement des gardes et astreintes...

Dans les projets de PDS-ES des SROS, la continuité des soins n'est en effet pas abordée : ce découpage artificiel dans notre spécialité, lié aux différences réglementaires de financement, doit pourtant être pris en compte dans la description de nos organisations et dans le schéma territorial d'organisation des soins.

1. Périmètre de la PDS et de la continuité des soins

a. La radiologie conventionnelle : majoritaire en volume, elle est actuellement variablement intégrée dans les réflexions régionales, alors qu'avec la téléradiologie, il serait juridiquement irresponsable de ne pas la prendre en compte. L'intégrer a des avantages (cohérence médicale et juridique, service rendu) et des contraintes (alourdissement de la charge de travail et augmentation des besoins médicaux). Il faut donc la faire mieux reconnaître par les ARS et leurs SROS-PRS.

b. L'échographie : souvent en baisse, elle reste indispensable en pédiatrie et mal adaptée à la téléradiologie. Il faut différencier clairement les *échoscopies* qui peu-



vent être déléguées aux urgentistes pour la recherche d'épanchements ou de globe vésical et les *véritables échographies* diagnostiques complètes et précises, lesquelles restent du ressort des radiologues.

c. En scanner, devenu incontournable pour la gestion des urgences en imagerie, la nuit comme le jour.

d. En IRM, les besoins doivent encore être mieux précisés en urgence, en dehors notamment des AVC (une IRM obligatoire pour toute UNV...). La question se pose, d'élargir l'accès à l'IRM en urgence pour anticiper l'avenir plutôt que de le limiter aux gardes lourdes, en nombre restreint par territoire.

e. En radiologie interventionnelle, qui doit absolument être prise en compte en lui définissant une organisation cible au niveau territoire ou supraterritoriale. Le document du SROS imagerie de Basse-Normandie innove en proposant d'intéressantes recommandations d'organisation.

2. Le périmètre des compétences humaines doit être précisément défini :

Il faut faire reconnaître l'absolue nécessité d'organisation régionale plurielle de l'imagerie où coexistent des radiologues généralistes et des surspécialistes (radiopédiatrie, neuroradiologie,...), pouvant bénéficier d'un apport important de la téléexpertise.

3. Le périmètre de l'offre médicale doit préciser la pertinence des examens que l'on peut demander en urgence, et leur délai de réalisation.

Des accords locaux sont souhaitables entre radiologues, urgentistes et spécialistes d'aval, pour aplanir les difficultés qui opposent trop souvent les radiologues de garde aux demandeurs d'examens en urgence, en distinguant plus clairement la nécessité médicale (identique en tout point de l'hexagone) et les urgences structurelles qui doivent prendre en compte les moyens alloués à l'imagerie.

Ces accords comprennent d'une part un *guide des indications des examens à réaliser en urgence*, cohérent avec les recommandations nationales (notamment notre Guide du bon usage des examens d'imagerie) mais adapté selon la situation locale (ressources disponibles et urgences structurelles), et d'autre part sur le niveau de séniorisation nécessaire (junior, thésé ou senior) pour ces demandes d'actes urgents, et enfin une évaluation régulière de la pertinence des pratiques et de leurs résultats sur la qualité des soins.

4. Le périmètre organisationnel de la structuration radiologique pour les urgences internes et externes

Plusieurs niveaux d'organisation de la PDS sont possibles, (garde, demi-garde, astreinte, garde interne) complétés par les possibilités nouvelles ouvertes par la téléradiologie, de sorte qu'il n'est pas réaliste de proposer une organisation-type unique. Au contraire, cette organisation doit plutôt être adaptée localement, idéalement dans le cadre d'un projet territorial, en respectant certains principes fondamentaux ; l'indispensable intégration des radiologues libéraux doit se faire selon des règles précises déterminées en concertation avec eux : en fonction des effectifs respectifs de radiologues, au prorata des durées d'utilisation diurne des équipements d'imagerie en coupes...

Il n'est pas raisonnable de vouloir limiter le champ d'application de la permanence radiologique nocturne aux seuls examens effectués sur les équipements partagés en journée (TDM et/ou IRM), toutefois l'activité nocturne doit être cohérente avec l'activité journalière (notamment pour les examens spécialisés et les filières de neuroradiologie ou de radiopédiatrie) : avoir accès à une modalité impose, en journée, de participer à la prise en charge des urgences sur cette modalité, et de nuit de couvrir l'ensemble de l'activité radiolo-

gique, y compris les examens nécessaires à la continuité des soins. Enfin, la façon d'intégrer nos confrères libéraux à la PDS-ES en radiologie ne devrait pas introduire de distorsion majeure de rémunération pour le même travail et les mêmes contraintes, au risque de créer ou d'accentuer les difficultés relationnelles nuisibles au travail en commun.

5. L'organisation des plateaux techniques

La PDS doit être organisée selon les niveaux décrits dans le document du G4 ci-dessus cité, et bénéficier de l'incitation à la participation des radiologues libéraux prévues lors des autorisations d'équipement lourds et de plateaux territoriaux d'imagerie mutualisés.

6. La place de la téléradiologie

a. Un système performant de télétransmission des informations médicales et des images est désormais indispensable pour la PDS. Une solution régionale pourra souvent être privilégiée.

b. L'organisation médicale devra également privilégier le niveau régional, en intégrant les surspécialités via la téléexpertise, et peut justifier la création d'une structure juridique spécifique. Elle peut parfois intégrer des praticiens retraités volontaires.

Il faut préciser enfin que les conséquences financières négatives, pour certains radiologues hospitaliers, et de la réorganisation des gardes et astreintes en imagerie en conséquence des schémas régionaux de la PDS-ES, doivent évidemment être très mûrement considérées et compensées, par la prise en

compte des budgets à mobiliser pour assurer la continuité des soins, en attendant d'éventuelles améliorations statutaires (auxquelles le SRH travaille avec les syndicats multicatégoriels, ou autorisées) et la mise en place à titre expérimental pour l'instant des plateaux territoriaux partagés d'imagerie.

Documents de référence :

- *Recommandation nationale G4-SFR urgences*

- *Recommandations du G4 national pour la télémagerie et la téléradiologie*

