RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE l'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau O4

Dr TAVE-JEANNIN - D. CARON - J. LEROYER
Tél. : 01 40 56 44 00/43 93
Fax : 01 40 56 41 89/50 89

La ministre de l'emploi et de la solidarité
Le ministre délégué à la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Madame et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/O4/2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement de l'imagerie en coupe par scanner et IRM.
Date d'application : immédiate
NOR : MESH0230214C (texte non paru au journal officiel)
Grille de classement : SP 3 321

Résumé :

Mots-clés : Scanographe - IRM - Indice de besoin – Schéma d'organisation sanitaire - Indications – Evaluation

Textes de référence :
- Décret n°2001-1015 du 5 novembre 2001 relatif à l'é tablissement de la carte sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Décret n°2001-1002 du 2 novembre 2001 relatif à l a liste des équipements et activités soumis à autorisation ministérielle et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)
- Circulaire DHOS/SDO/O4/N° 2002708 du 8 janvier 20 02
- Volets relatifs à l'imagerie des SROS.

Textes abrogés : néant

Annexes :

Les principes d'une politique globale de l'imagerie ont été présentés par Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé, lors des journées de la Société française de radiologie le 22 octobre 2001 et confirmés par Madame Elisabeth Guigou, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, le 18 mars dernier lors du comité national de suivi des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette politique est mise en place conformément au programme prévu :

- déconcentration en région de la procédure d'autorisation, accompagnée d'une ouverture significative des indices de besoins nationaux,

- diffusion d'orientations nationales visant à développer l'imagerie de manière articulée avec l'organisation des soins hospitaliers et de ville pour mieux prendre en charge les patients,

- définition d'une nouvelle approche de la planification, qui ne sera plus basée uniquement sur un indice populationnel mais plutôt sur une approche qualitative des besoins.

Les ministres ont procédé dès novembre 2001 à la déconcentration des autorisations de scanner, d'IRM et de gamma-caméras, mesure qui s'est accompagnée d'une modification des indices de besoins en décembre 2001 et de la création d'une carte sanitaire pour l'imagerie à positons, technique qui fait l'objet d'une circulaire spécifique. Ils ont ainsi créé les conditions permettant d'organiser l'imagerie au plus près des besoins des usagers.

Parallèlement, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a mis en place à leur demande le comité de pilotage national de l'imagerie, instance pérenne qui regroupe l'ensemble des professionnels, pour analyser l'évolution des besoins et des technologies et établir des recommandations à moyen terme pour la politique de l'imagerie en France en vue :

- d'inscrire l'imagerie dans l'organisation des soins,

- d'assurer une cohérence nationale des autorisations d'équipement,

- de permettre une approche pluriannuelle du développement de l'imagerie.

Le présent document marque une première étape dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique, désormais globale, de l'imagerie. Il définit, sur la base des travaux menés par le comité de pilotage depuis 3 mois, les principes qui doivent guider l'équipement en imagerie des régions pour les prochains mois, et notamment :

- les décisions d'autorisations de scanographes et d'appareils d'IRM ,

- l'élaboration d'un volet Imagerie du SROS.

Les travaux du comité de pilotage ont jusqu'ici surtout porté sur le scanner et IRM et vont s'étendre aux autres techniques de radiologie et à la médecine nucléaire.

Les ressources humaines (médecins, manipulateurs, radiophysiciens,…) font l'objet d'une réflexion spécifique portant sur l'évolution des métiers, la démographie, les effectifs, la formation,…

Par ailleurs, la place de la téléradiologie sera approfondie.

Une réflexion sera également menée sur l'évolution de la carte sanitaire et les indices de besoins afin de mieux intégrer les données épidémiologiques, les plus récentes connaissances scientifiques et l'exigence de qualité des soins.

La circulaire est complétée par des documents de travail reprenant les travaux menés dans le cadre du groupe de travail " Equipements " constitué dans le cadre du comité de l'imagerie ainsi que les recommandations de la Société Française de Radiologie et du Collège des Enseignants de Radiologie de France.

I OBJECTIFS GENERAUX EN MATIERE D'IMAGERIE

Pour que l'imagerie contribue à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, il convient de :

1. Organiser en matière d'imagerie (actes et interprétations) une réponse appropriée aux besoins de prise en charge des patients, y compris en terme de délai et en assurant la continuité des soins ;

2. Permettre un accès de tous les professionnels de l'imagerie aux différentes techniques ;

3. Favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines pour permettre d'améliorer la qualité et répondre au mieux aux besoins de la population, dans le respect des bonnes pratiques (indications et procédures) ;

4. Promouvoir la diffusion sur tout le territoire des nouvelles techniques validées du scanner et de l'IRM, en favorisant dans la mesure du possible la substitution entre les techniques d'imagerie ou entre une technique d'imagerie et une autre technique médicale ou chirurgicale.

II VOCATION DES EQUIPEMENTS ET EVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES

Les recommandations ci-dessous serviront à l'examen des demandes d'autorisation de scanners et d'IRM. Elles concernent les indications d'examens de radiologie.

1) Vocation des équipements et indications par groupe de pathologies

a. Place actuelle des différentes techniques

- **La radiologie standard**

La radiologie standard représente environ 70% des actes réalisés dans les services d'imagerie. Si l'on constate encore une légère augmentation de la radiologie ostéoarticulaire notamment en urgence, il existe une stabilité de l'imagerie thoracique et même une diminution de l'imagerie abdominale au profit de l'échographie et du scanner. Enfin, quelques applications spécialisées continuent de progresser (mammographie, panoramique dentaire).

- **L'échographie**

Elle concerne environ 10 % des actes de radiologie, dans les domaines digestif, urologique, gynécologique, et vasculaire. Son caractère non irradiant et non invasif est particulièrement intéressant.

- **L'angiographie**

  L'angiographie représente environ 3% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Il s'agit d'examens invasifs qui peuvent se diviser en deux familles :

  - les examens diagnostiques qui devraient décroître progressivement grâce à la substitution possible maintenant avec la scanographie et l'IRM ;
  - les examens thérapeutiques ou "radiologie interventionnelle" qui voient leurs indications continuer à croître régulièrement dans toutes les disciplines.

- **La scanographie**

La scanographie représente environ 10% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Cette technique a connu une forte évolution technologique ces dernières années (scanographie multibarrette).

Les grandes tendances pour les indications du scanner peuvent être résumées de la manière suivante :

- Réduction des indications neurologiques grâce à la substitution avec l'IRM ;

- Substitution partielle des indications en pathologie abdominale ;

- Stabilité des indications pour l'activité ostéo-articulaire et uro-génitale ;

- Augmentation potentielle importante pour les explorations cardio-vasculaires et thoraciques grâce aux nouvelles machines rapides ;

- Intérêt de la technique multibarrette pour de larges explorations comme celles nécessaires à l'urgence pour les polytraumatisés ou encore en cancérologie.

- **L'imagerie par résonance magnétique**

  L'IRM représente environ 5% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Ce pourcentage est faible, il est lié au manque de machines en service. Le recours à l'IRM devrait être de l'ordre de 10%, ce que permettra le doublement du parc des appareils installés rendu possible par les récentes ouvertures d'indice. C'est une technique non irradiante (recours à la résonance magnétique) et non invasive (injection intraveineuse).

  L'intérêt de l'IRM morphologique est manifeste pour les explorations de tous les organes à l'exception du thorax (problème inhérent à la technique même de la résonance magnétique) et de certaines contre-indications (pacemaker, claustrophobie).

  L'IRM doit également prendre une place prépondérante dans l'exploration des vaisseaux (ARM : angiographie par résonance magnétique) et dans les explorations cardiaques.

  Enfin l'IRM est également un outil d'exploration fonctionnelle avec l'utilisation de séquences de diffusion et de perfusion.

b. Indications principales du scanner et de l'IRM

Les indications respectives du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique doivent à ce jour se baser sur le document intitulé "Recommandations en matière de prescription d'imagerie médicale" adapté par des experts représentant la radiologie et la médecine nucléaire européenne, en liaison avec le UK Royal College of Radiology, sous la coordination de la Commission Européenne.

Ce texte écrit au cours de l'année 2000 sert de référence au ministère de la santé, pour la transposition de la Directive EURATOM 97/43 en droit français.

Vous trouverez ci-joint une synthèse de ces indications, faite par des experts désignés par la Société Française de Radiologie sur les 240 indications cliniques que comporte le document Européen (cf document 3).

- **Neurologie**

  L'IRM est l'examen de référence en neurologie, pour l'exploration du névraxe.

- **ORL**

  L'IRM peut être un examen de première intention pour l'exploration des affections de la sphère O.R.L. mais est le plus souvent complémentaire du scanner.

- **Rachis**

  En pathologie rachidienne, l'IRM peut être un examen de première intention, notamment pour l'étude de la moelle épinière et de la moelle osseuse. Dans les pathologies discoligamentodégénratives, l'IRM est actuellement le plus souvent complémentaire du scanner.

- **Membres et articulations**

En traumatologie, la radiologie standard et le scanner restent globalement les examens de première intention. L'IRM est souvent un examen de référence pour explorer les autres lésions mécaniques inflammatoires et tumorales.

- **Thorax**

En dehors de la radiologie du thorax, le scanner est l'examen de référence.

- **Cardiovasculaire**

Si l'échographie du cœur reste actuellement le plus souvent réalisée, il faut noter la supériorité de l'IRM et du scanner multibarrettes dans l'étude morphologique et fonctionnelle du cœur et signaler l'apport prometteur de ces deux techniques dans l'imagerie non invasive des coronaires.

Pour les pathologies vasculaires, en dehors de l'échographie-doppler, le scanner et l'IRM remplacent progressivement l'angiographie diagnostique. L'angio-IRM est notamment intéressante dans l'imagerie des vaisseaux du cou et l'angio-scanner pour celle des membres inférieurs.

- **Digestif**

En pathologie digestive, le scanner est actuellement le plus souvent réalisé quand l'échographie n'est pas adaptée. L'IRM est aussi un examen de référence pour l'étude du parenchyme (foie, pancréas) et des canaux.

- **Urologie**

En urologie, le développement du scanner et de l'IRM doit se substituer aux techniques conventionnelles avec produit de contraste (ex : urographie intra-veineuse).

- **Gynécologie-Obstétrique**

En gynécologie-obstétrique, l'IRM prend toute sa place compte tenu des problèmes de radioprotection et dans les pathologies tumorales.

- **Urgences**

L'examen de référence pour la traumatologie reste le scanner sauf dans le cas des pathologies rachidiennes évoquées plus haut. La place de la TDM comme examen de référence s'étend ainsi que les indications d'IRM (AVC).

- **Cancérologie**

En cancérologie, le scanner et l'IRM restent les techniques à mettre en œuvre en première intention.

- **Pédiatrie**

En pédiatrie, l'IRM est l'examen de première intention en raison de l'absence d'irradiation.

Un guide actualisé des indications sera disponible fin 2003, suite aux travaux des professionnels coordonnés par la Société Française de Radiologie, en partenariat avec la Société Française de Biophysique et Médecine Nucléaire et l'ANAES.

2) L'évolution des technologies doit être intégrée dans l'évolution des plateaux techniques

a) IRM bas champ et à champ modéré (< 1 Tesla)

Ces appareils ont pour avantage un moindre coût d'achat et un accès plus aisé pour le patient mais couvrent un nombre d'indications limité et nécessitent un temps d'acquisition de l'image plus long. Par ailleurs, il n'est pas démontré que le coût global par acte soit inférieur à celui constaté pour les appareils à champ plus élevé.

Dans l'état actuel des connaissances et de la carte sanitaire, et conformément aux recommandations de l'ANAES, il est recommandé que les appareils d'IRM bas champ et à champ modéré soient utilisés dans des centres spécialisés en imagerie médicale en association avec des appareils d'IRM à champ magnétique plus élevé. Ils peuvent rendre des services en pathologie ostéo-articulaire et pour le suivi de pathologies neuro-vasculaires.

b) IRM à champ élevé (supérieur ou égal à 1 Tesla)

Dans l'état actuel des indications, de la carte sanitaire et de la technologie, un appareil d'IRM d'une puissance de 1,5 tesla est recommandé lorsqu'il s'agit d'un appareil isolé. En effet, cet équipement dispose de toutes les techniques permettant de prendre en charge l'ensemble des indications d'IRM pour chaque spécialité d'organe.

c) IRM 3 Tesla

Les appareils à très haut champ (3 Tesla et plus) offrent en pratique clinique de meilleures performances dans la qualité de l'image anatomique, le contraste, la sensibilité. Ils permettent l'imagerie de diffusion et de perfusion, l'imagerie fonctionnelle d'activation et l'imagerie spectroscopique.

En l'état actuel et pour les prochaines autorisations, ce type d'équipement encore en évaluation doit être autorisé dans le cadre d'un projet de recherche clinique structuré mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire.

d) Scanner entrée de gamme ou haut de gamme

Conformément aux travaux menés sous l'égide de la Société Française de Radiologie, l'implantation d'un scanner haut de gamme (multibarrettes) se justifie par :

- son caractère polyvalent permettant notamment de remplacer l'angiographie et de suppléer dans certaines circonstances à l'IRM ;
- ses performances chez le polytraumatisé qui en font l'examen diagnostique incontournable ainsi qu'en cancérologie (notamment bilans carcinologiques thoraco-abdomino-pelviens) ;
- son surcoût très modéré par rapport à un scanner plus simple et qui est compensé par la diminution du produit de contraste injecté et par la réduction des contrats de maintenance (lié à la diminution nette du nombre de secondes d'acquisition).

La diffusion des scanners et la formation continue des radiologues rendent cette technique accessible. La réduction de la dose d'irradiation est un objectif important et être obtenue par des moyens techniques mais surtout en adaptant les paramètres d'acquisition à chaque région explorée en fonction des patients, ce qui nécessite l'encadrement de l'utilisation du scanner par un radiologue senior.

Les applications des scanners d'entrée de gamme sont réduites et se résument aux explorations encéphaliques. Enfin, les scanners dits milieu de gamme semblent mal adaptés aux explorations vasculaires. Ils ne seront pas en mesure de suppléer à l'absence d'une salle d'angiographie.

Les établissements ou sociétés concernés devront opérer leurs choix d'appareil en fonction des constats rappelés ci-dessus en prenant en compte leur activité, notamment dans les urgences graves (polytraumatisés) et en cancérologie (prescription dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire).

e) Réseaux locaux d'images

Avec la numérisation des images, les réseaux d'imagerie locaux sont appelés à se développer dans le cadre des systèmes d'information de santé. Les projets d'installation et de renouvellement d'équipements doivent s'inscrire dans cette perspective, en particulier en matière de standards de communication. Un système de gestion

et d'archivage des images doit être prévu dans le cadre de la demande d'autorisation.

f) Téléradiologie

La téléradiologie fait actuellement, en lien avec l'ANAES, l'objet de travaux d'évaluation visant à définir les objectifs auxquels elle peut répondre et les conditions dans lesquelles il convient de la développer.

g) Mise à niveau des équipements

Les décisions de renouvellement ou de mise à niveau d'un équipement doivent se baser sur une analyse détaillée de l'opportunité de l'investissement et de son impact sur le plateau technique existant. De bonnes conditions de réalisation des actes, la mise en place d'une veille technologique permanente et le contrôle qualité des matériels sont indispensables.

Les décisions d'investissement doivent s'intégrer dans un management global des plateaux techniques, en fonction des techniques et pratiques médicales mais aussi de la démarche stratégique de l'établissement (projet d'établissement).

III PLATEAU TECHNIQUE ET ORGANISATION DES SOINS

La médecine nucléaire n'est pas abordée ici. Une circulaire sur l'imagerie à positons sera prochainement diffusée et complétée ultérieurement par des recommandations abordant les différents aspects de cette discipline.

L'attribution des prochaines autorisations de scanographes et d'IRM devra prendre en compte les objectifs et priorités exposés ci-dessous.

1) Le plateau technique d'imagerie doit être adapté à l'activité de soins

a) adossement des scanners et IRM à un établissement de santé

L'implantation des scanners et des IRM doit prioritairement être réalisée dans des structures d'imagerie implantées sur le site d'un établissement de santé ayant une activité significative de court séjour. Il convient en effet de rapprocher les appareils de scanner et d'IRM des patients qui nécessitent ce type d'examens et dont le transport est particulièrement pénible et difficile. Dans tous les cas, il faudra préciser les modalités permettant d'assurer la continuité de service, notamment pour les patients hospitalisés dans l'établissement de santé auquel la structure d'imagerie est adossée.

Outre la priorité indiquée ci-dessus, il conviendra de privilégier, parmi les cabinets libéraux non adossés à une structure d'hospitalisation qui solliciteraient une autorisation, ceux qui attestent d'une activité importante et regroupent un nombre suffisant de professionnels de l'imagerie.

b) Plateau technique et activités

Dans l'examen des demandes d'autorisation, une attention particulière sera portée au volume et à la nature de l'activité de l'établissement de santé près duquel est envisagée l'implantation, et notamment aux activités faisant l'objet d'une priorité de santé publique.

On peut identifier quatre types principaux de plateaux techniques correspondants à l'activité et à l'organisation des établissements de santé. Les correspondances plateau technique/établissement décrites ci-dessous doivent être considérées comme des objectifs à cinq ans. Les chiffres indiqués pour les volumes d'activités ne peuvent être qu'indicatifs et une approche plus approfondie et qualitative est indispensable. La disponibilité des compétences devra aussi être prise en compte. Enfin, les établissements doivent être replacés dans leur contexte local et régional.

- **plateau technique de proximité**
  La radiologie conventionnelle et l'échographie semblent suffisantes pour les cabinets de ville de taille réduite et les établissements ayant une activité limitée en nombre de pathologies couvertes et quantitativement (moins de 10000 entrées, essentiellement en médecine). La couverture radiologique en établissement peut être assurée dans le cadre d'une coopération avec les professionnels installés en ville.

- **plateau technique diversifié**
  Pour les établissements réalisant une activité médico-chirurgicale de l'ordre de 10 à 20.000 entrées, le scanner est souhaitable, surtout en présence d'une activité d'urgence significative (nombre et gravité des patients accueillis) ou en cas d'éloignement des autres sites de scanographie. L'accès à l'IRM dans le cadre d'une convention est un complément intéressant.

- **plateau technique étendu**
  Pour des établissements ayant une activité plus importante (au delà de 20000 entrées) et couvrant la majorité des pathologies, un scanner multibarrettes est souhaitable ; un appareil d'IRM et un deuxième scanner peuvent se justifier en fonction de l'activité. L'angiographie vasculaire et cardio-vasculaire peut être mise en œuvre si l'environnement médico-chirurgical est approprié.
  Le volume d'activité justifie une présence radiologique continue.

- **plateau technique complet**
  Les établissements les plus importants, et notamment les centres hospitalo-universitaires, ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie, y compris interventionelles. Certains appareils sont éventuellement dédiés (urgences, cancérologie,…).

c) Imagerie et urgences

De manière générale, il paraît nécessaire que toutes les modalités d'imagerie soient accessibles dans un délai maximal d'une heure pour les patients accueillis dans les SAU. Ces plateaux techniques permettant une imagerie d'urgence de qualité nécessitent dans l'idéal une couverture radiologique seniorisée 24h sur 24h.

Les prochaines autorisations devront permettre d'améliorer significativement la couverture des besoins en scanographie et IRM des structures d'urgence, dans la perspective de répondre dans un délai maximal de cinq ans aux recommandations suivantes :

- un scanographe dans les UPATOU ayant une activité importante (par exemple 20000 passages et plus),
- un scanographe dédié principalement aux passages aux urgences et autres examens non programmés et au moins un appareil d'IRM dans les structures connaissant un nombre élevé de passages (par exemple 40.000 passages et plus).

Le nombre de passages est donné à titre indicatif et la gravité des patients accueillis doit être intégrée dans l'examen des autorisations, ainsi que le temps de parcours entre la structure d'urgence et le scanner ou l'IRM le plus proche.

d) Imagerie et cancérologie

La cancérologie nécessite aux différents stades de la prise en charge un accès à l'imagerie.

Au delà des examens à visée diagnostique et de suivi, des besoins spécifiques d'accès au scanographe existent pour l'acquisition des données nécessaires à la préparation des actes de radiothérapie (environ une demi-journée hebdomadaire par appareil de radiothérapie).

Ce besoin est couvert dans quelques rares centres par un appareil dédié et installé dans un centre de radiothérapie. Si cet appareil est utilisé exclusivement pour des fonctions d'assistance au centrage, de simulation et de dosimétrie ne donnant pas lieu à rémunération d'un acte de scanographie, il n'est pas soumis au régime

d'autorisation et de planification des scanographes.

Le besoin d'accès au scanner des centres de radiothérapie n'ayant pas d'appareil dédié sera intégré lorsque vous examinerez les demandes d'autorisation. Une demande d'implantation de scanner dans un site pourvu d'un plateau technique de radiothérapie, ou prévoyant un accès pour la radiothérapie par convention, présente un intérêt réel dans le cadre de la politique de lutte contre le cancer.

Les besoins en matière d'urgence et de radiothérapie ne pourront sans doute pas être pris en compte totalement dans le cadre des indices actuels. Toutefois, le mouvement doit dès maintenant s'amorcer et sera complété ultérieurement.

2) Les coopérations doivent être encouragées et les spécialistes de l'imagerie doivent avoir accès aux différentes techniques

Les prochaines autorisations doivent permettre d'augmenter significativement le nombre de radiologues ayant accès au scanner à l'IRM.

En conséquence, il convient de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée (GIE, convention de co-utilisation ou autre).

La contribution des différents partenaires à la continuité des soins sera intégrée dans les modalités de coopération. Il est nécessaire de prévoir, en cas de panne et maintenance, des conventions d'entraide entre les différents sites d'imagerie locaux.

De manière générale, il est recommandé de mettre en place des conventions inter-établissements ou entre établissements de santé et structures " de ville " pour optimiser les compétences existantes.

3) Les activités d'enseignement et de recherche

Ces activités, indissociables de l'activité de soins, sont indispensables au développement, à la mise en place et à l'évaluation des bonnes pratiques.

Un accès suffisant à des matériels performants et innovants est nécessaire afin que puissent être mises en œuvre quotidiennement les bonnes pratiques, élément essentiel de la formation des futurs professionnels de santé (médecins et non médecins).

Par ailleurs, le développement de la recherche clinique française facilite les relations interdisciplinaires, l'organisation des soins et la diffusion de bonnes pratiques adaptées à notre système de santé.

L'examen des demandes d'autorisation déposées par les centres hospitaliers universitaires devra prendre en compte l'activité de soins mais aussi l'intérêt pour ces structures de disposer d'un temps d'accès pour les activités de recherche et d'enseignement.

IV IMAGERIE ET SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION

Le volet Imagerie des SROS doit permettre de lier plateaux techniques et activités cliniques. L'imagerie doit contribuer à une prise en charge de qualité, en particulier pour les pathologies faisant l'objet d'une priorité de santé publique.

1) Le volet imagerie du SROS

Il fixe des objectifs à 5 ans d'organisation des plateaux techniques, en tenant compte notamment de la répartition de l'offre de soins entre les différents types de structures, des ressources humaines disponibles et des conditions d'accès aux équipements dans les différentes entités du territoire.

Il doit prévoir l'accès des spécialistes de l'imagerie aux différentes techniques afin de permettre la mise en œuvre des bonnes pratiques. Des propositions sont actuellement étudiées en vue d'élargir les possibilités de collaborations médicales entre secteur public et privé dans l'optique d'une réponse optimale aux besoins de la population y compris en urgence.

Le développement de l'imagerie, et en particulier, les nouvelles autorisations d'IRM, pourra s'accompagner d'un renforcement des effectifs médicaux hospitaliers, en lien avec la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et la réduction du temps de travail des médecins hospitaliers et les réorganisations médicales qui en résulteront.

Le volet Imagerie des SROS doit être mis en place fin 2002 - début 2003.

2) Un comité régional de l'imagerie

Certaines régions ont déjà mis en place une structure de concertation (COTER) sur l'imagerie. Dans ce cas, cette structure a vocation à devenir un comité régional de l'imagerie tel que décrit ici.

Le comité régional de l'imagerie a pour mission de contribuer à l'élaboration et au suivi du volet Imagerie du SROS et s'appuiera sur les orientations définies au niveau national. Le suivi concernera l'organisation des plateaux techniques mais également l'évaluation de l'activité et le respect des bonnes pratiques.

Le comité sera composé notamment de :

- représentants des professionnels de l'imagerie (radiologues hospitalo-universitaires, hospitaliers publics et privés, et libéraux, praticiens de médecine nucléaire, manipulateurs ,…) et un ou des ingénieurs biomédicaux,
  Des représentants des disciplines cliniques seront invités aux travaux du comité régional de l'imagerie, selon l'ordre du jour.
- représentants d'établissements de santé de différents niveaux de soins,
- représentants de l'administration (Etat et assurance maladie).

Vous veillerez à ce que la composition du comité permette une représentation équilibrée des différents modes d'exercice de la profession de radiologue (public/libéral) et des différents représentants institutionnels.

Les radiologues seront issus à part égale de la Société Française de Radiologie, du Syndicat des Radiologues Hospitaliers et de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues.

Le comité se réunira au moins une fois par an.

3) Evaluation

L'adéquation des plateaux techniques et des pratiques aux besoins doit faire l'objet d'une évaluation régulière

a) Des indicateurs de suivi de l'activité et du respect de la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique, y compris en matière d'autoprescription, définis au niveau national, vous seront prochainement proposés pour mise en œuvre dans les régions. Un arrêté précisant les modalités d'évaluation sera publié.

b) Un bilan de l'imagerie en France, issu de bilans régionaux, sera discuté au moins une fois par an par le Comité national de pilotage et le CNOSS. Il retracera l'évolution du parc d'équipements lourds (autorisés, installés, état de modernité), analysera les

difficultés éventuellement rencontrées dans l'accès à des examens d'imagerie de qualité (délais, transports, respect des recommandations de bonne pratique…) et les données médico-économiques. Il permettra également de suivre le fonctionnement des comités régionaux de l'imagerie et d'actualiser les orientations stratégiques nationales.

Je vous remercie de me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des dispositions de la présente circulaire. Le bureau O4 se tient à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Pour la ministre et le ministre délégué
et par délégation
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Edouard COUTY