

RESTITUTIONS

**2^{ème} cercle imagerie
médicale**

**« Téléradiologie et nouvelles
pratiques au service de la
coopération »**

31/03/17

CONTACTS :

Stéphanie Aftimos

stephanie.aftimos@anap.fr

Noémie Pierron

noemie.pierron@anap.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION

4

Grand témoin : Pr. Alain RAHMOUNI, radiologue, Hôpital Henri Mondor

4

Pascale MARTIN, manager, ANAP

L'ANAP et la Téléradiologie

5

RETOURS D'EXPERIENCE – TELERADIOLOGIE

6

Dr Eddy GLAUDE, radiologue chef de service et Claude CHILIN, cadre de santé, CHU de Guadeloupe

Retour d'expérience de 18 mois de téléradiologie en scanner d'urgence (week-end et jours fériés)

8

Dr Élisabeth PARIZEL, radiologue, Dr Philippe MARREL, neurologue et Dominique PAQUOT, cadre de santé, CHR de Metz-Thionville

La téléradiologie comme nouvelle modalité de travail au CHR de Metz-Thionville

10

ZOOM SUR

12

Dr Stéphanie SCHRAMM, adjointe au chef du Service SA3P, HAS

Protocoles de coopération : Bilan et rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS)

12

RETOURS D'EXPERIENCE – PROTOCOLES DE COOPERATION EN ECHOGRAPHIE

13

Dr Jérôme ROUMY, coordinateur du DIU échographie & techniques ultrasonores, CHU de Tours – Secrétaire général adjoint de la Société Francophone d'Echographie

Les protocoles de coopération au CHU de Tours

13

Guillaume GIANGRASSO, cadre de Santé en imagerie et Eric LORENZELLI, manipulateur en électroradiologie, CHU de Montpellier

L'activité de manipulateur en écho-doppler exerçant dans le cadre d'un protocole de coopération

14

CONCLUSION

16

INTRODUCTION

Grand témoin : Pr. Alain Rahmouni

Radiologue, Hôpital Henri Mondor

Le témoignage du Professeur Alain Rahmouni, radiologue à l'hôpital Henri Mondor, membre de la société française de radiologie et du conseil professionnel de radiologie, a ouvert les débats de la matinée, sur le thème de la téléradiologie.

Au cours de son intervention, le Professeur Rahmouni a insisté sur les règles de bon usage de la téléradiologie qu'il a illustrées sur la base de deux exemples de prise en charge. A travers ces deux exemples, il a souhaité mettre en avant le fait qu'une prise en charge en téléradiologie reste avant tout une prise en charge médicale à part entière, qui ne peut se résumer à une simple transmission et lecture à distance des images, mais doit respecter l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique d'un patient.

Ces règles sont consignées dans la « [charte de téléradiologie](#) » publiée par le Conseil professionnel de la radiologie française. Le Professeur Rahmouni rappelle que la téléradiologie doit favoriser la transmission et les échanges de savoir et d'information entre cliniciens et radiologues, toujours dans l'intérêt du patient. C'est pourquoi, du point de vue du Conseil professionnel de la radiologie française, il est nécessaire de développer de manière harmonieuse cette pratique, en priorité au niveau local, sur le territoire.

« La téléradiologie n'est pas du e-commerce »

En France, plus de 700 expériences de téléradiologie et télé-expertise ont été développées. La téléradiologie représente la première forme de télé-médecine au niveau national. Elle devrait donc être un levier fort pour l'élaboration de projets médicaux communs, entre radiologues hospitaliers et radiologues libéraux, et faire émerger de nouvelles organisations territoriales.

En conclusion, le Professeur Rahmouni appelle à la vigilance afin que la téléradiologie ne tombe dans le piège du « low cost ». La « concurrence » des sociétés privées de téléradiologie face aux pratiques « standard » de radiologie ne doit pas être un frein, mais plutôt servir à stimuler les radiologues et les inciter à se réinterroger sur l'organisation de leurs services.



INTRODUCTION

L'ANAP ET LA TELERADIOLOGIE

INTERVENANTE : Pascale MARTIN, Manager, ANAP

Pascale Martin est intervenue pour présenter les travaux menés par l'ANAP dans le cadre de l'appui au programme national de télémedecine.

En introduction, Pascale Martin rappelle que la télémedecine est une forme de pratique médicale à distance, rendue possible par les évolutions des technologies de santé et par un cadre réglementaire mis en place depuis la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) de juillet 2009. Elle est un levier fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé.

Le programme national de déploiement de la télémedecine, piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec l'appui d'autres partenaires institutionnels, a identifié en mars 2011 5 chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémedecine en France : la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), la santé des personnes détenues, la prise en charge des maladies chroniques, et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

Dans ce cadre, l'ANAP a mené différents travaux :

- d'apport de connaissances (de 2011 à 2012),
- de capitalisation (de 2012 à 2015)
- puis d'intégration (de 2015 à aujourd'hui).

Apport de connaissances : Retour d'expérience de 25 projets matures de télémedecine

L'ANAP a publié un retour d'expérience de 25 projets matures de télémedecine, en lien avec les priorités nationales. Si l'analyse de ces 25 projets met en évidence des situations de mise en œuvre très diverses, liées à la maturité des organisations, elle a néanmoins permis d'identifier 5 facteurs clés de succès :

- Un projet médical répondant à un besoin
- Un portage médical fort soutenu par un coordonnateur
- Une organisation adaptée et protocolisée
- Des nouvelles compétences à évaluer, et, au besoin, un plan de formation
- Un modèle économique construit

Le facteur technique est bien entendu fondamental et si les outils ne font pas fiables et robustes, nous ne pouvons espérer obtenir l'adhésion des utilisateurs. Néanmoins, un projet de télémedecine est avant tout un projet médical.

La téléradiologie a fait l'objet d'un retour d'expériences dans différents contextes : entre établissements de santé publics, au sein d'un cabinet de radiologie privé et dans le cadre d'un recours à un prestataire externe. Ce retour d'expériences a mis en évidence qu'il n'existe pas une réponse unique en matière de télémedecine. Des modèles organisationnels et techniques différents s'avèrent efficaces dès lors qu'ils sont construits autour d'une réponse aux besoins.

Capitalisation : Accompagnement de projets pilotes

L'ANAP a participé également au projet national d'accompagnement de projets pilotes en région, sur les thématiques de télé-AVC (régions Franche-Comté, Bourgogne et Nord-Pas-de-Calais), de permanence des soins en imagerie médicale (régions Picardie, Lorraine et Pays de la Loire) et de santé des personnes détenues (régions Île-de-France et Midi-Pyrénées), faisant ressortir différents modèles d'organisation selon les territoires. La télé-imagerie est présente dans ces trois thématiques. Les

enseignements tirés de ces accompagnements ont été formalisés dans un document de capitalisation. Une des clés de réussite de ces projets consiste à associer dès l'origine les acteurs de terrain, même si les besoins territoriaux ou régionaux sont analysés en amont par les ARS. En effet, la recherche de solutions conjointe est fondamentale pour leur acceptation.

Intégration : la télémédecine vue comme une solution possible

La télémédecine ne doit plus être abordée comme une stratégie à part entière. Elle doit désormais être intégrée dans l'organisation de l'offre de soins, en tant que solution parmi d'autres pour répondre aux besoins de prise en charge des patients. Elle est ainsi intégrée dans les programmes nationaux comme PAERPA, GHT, TSN, et contribue par exemple au développement du virage ambulatoire.

Questions et débats

Les questions et débats qui ont suivi la présentation ont permis de préciser que la télémédecine est apparue, d'un point de vue juridique, dès 2004 (article 32 de la loi de 2004, relative à l'Assurance Maladie). La loi HPST officialise sa pratique, en reconnaissant qu'elle peut être rémunérée.

Les débats ont également porté sur la mise en œuvre de projets en téléradiologie devant se faire dans le respect de l'ensemble des étapes de la prise en charge radiologique d'un patient. Les protocoles proposés par les établissements doivent donc absolument faire figurer l'étape de validation de la demande d'examen par le médecin radiologue.

Enfin, les participants ont insisté sur le fait que l'évaluation des projets doit faire partie intégrante d'un projet de téléradiologie. A cet effet, l'association Labelix a publié un guide d'auto-évaluation sur les conditions qualitatives de mise en œuvre des projets de téléradiologie.



Télécharger
la présentation et
les publications

RETOURS D'EXPERIENCES - TELERADIOLOGIE

En introduction des retours d'expériences, un sondage a été réalisé afin de recenser les pratiques et les points de vue des établissements participants à la journée. Il en ressort les faits marquants suivants :

- Le recours à la téléradiologie est réalisé très majoritairement pour du télédiagnostic sur les modalités lourdes (Scanner, IRM) et sur les horaires de permanence des soins.
- La téléradiologie permet en priorité de faire face à la pénurie de radiologues, et de limiter le recours à des vacataires.
- Parmi les établissements présents et ayant recours à la téléradiologie 50% font appel à une société privée et 50% font appel à d'autres établissements hospitaliers de leur territoire.
- Concernant la qualité du service, à la question « Jugez-vous que la qualité du service d'un examen de téléradiologie est la même qu'un examen interprété sur place », 25% des participants ont répondu « Oui », 50 % « Plutôt oui », et 25% « Plutôt non ».



RETOURS D'EXPERIENCES - TELERADIOLOGIE

Retour d'expérience de 18 mois de téléradiologie

INTERVENANTS : Dr Eddy GLAUDE, radiologue chef de service, CHU de Guadeloupe
Claude CHILIN, cadre de santé, CHU de Guadeloupe

En tant que chef et cadre du service d'imagerie du CHU de Guadeloupe, Dr. GLAUDE et M. CHILIN nous présentent leur retour d'expérience de 16 mois de mise en œuvre de la téléradiologie.

Le contexte

Le service d'imagerie du CHU de la Guadeloupe est le principal service d'imagerie public du département. Au sein d'un établissement, avec une forte activité de consultations (plus de 150 000 consultations externes en 2015) et un nombre important de passages aux urgences (plus de 70 000 passages en 2015), le service d'imagerie occupe une place centrale. Afin de limiter la « fuite de patients » sur la métropole, le service d'imagerie doit disposer de ressources médicales spécialisées et de haut niveau. Pour cela, il se doit d'être attractif et innovant afin de pérenniser les équipes actuelles et attirer de nouveaux praticiens. Cependant, avec une activité qui ne cesse d'augmenter sur l'ensemble des modalités et un effectif de radiologues restreint, les conditions n'étaient pas favorables à la pérennisation des équipes. En effet, le service devait faire face à des problèmes de rotation et d'organisation des astreintes opérationnelles du weekend, sans possibilité de récupération (le statut de garde ayant été refusé). Des problèmes relationnels dus aux absences, vacances, maladies et formations commençaient à surgir. L'ensemble de l'équipe était en surmenage. C'est dans ce contexte qu'une réflexion a été menée dès début 2014 pour mettre en œuvre la téléradiologie et améliorer ainsi les conditions de travail, l'objectif étant de soulager les radiologues sur les week-ends et jours fériés.

La mise en œuvre de la téléradiologie

Afin de trouver la ressource radiologique, le CHU a fait le choix de recourir à une société privée de téléradiologie. A cette fin, un appel d'offres a été publié. Le CHU a choisi de limiter le périmètre du déploiement de la téléradiologie aux week-ends (du vendredi 18h au lundi 8h) et jours fériés, et aux seuls examens de scanner. La mise en place de la téléradiologie s'est faite à effectif constant (radiologues et manipulateurs d'électroradiologie médicale (MER), en maintenant des astreintes physiques afin de palier de potentiels dysfonctionnements ou demandes de relecture.

D'un point de vue technique, le processus de prise en charge du patient reste le même, à la seule exception que le radiologue qui reçoit et valide la demande et réalise l'interprétation est à

distance. Le transfert d'images est effectué en moins de 10 minutes aux télé-radiologues et les comptes rendus sont disponibles en moins de 30 minutes. La priorité est mise sur la qualité en facilitant la communication entre le médecin demandeur, le manipulateur et le téléradiologue via une ligne téléphonique dédiée. Un double support organisationnel et technique est proposé afin de décharger le service de ces tâches administratives :

- supports organisationnels (ouvert aux heures ouvrées de métropole) permet de fournir les plannings de demandes d'intervention à la société privée de téléradiologie en amont.
- support technique, joignable 24h/24, pour tout problème technique avec un numéro de hotline affiché dans le service pour les manipulateurs.

Les conséquences de cette nouvelle organisation

- **Impact sur la charge de travail des MER** : Les manipulateurs du service avaient un a priori : celui de voir augmenter l'activité (les téléradiologues ayant la réputation d'accepter toutes les demandes en comparaison avec un radiologue sur place). Cette idée reçue ne s'est pas vérifiée pour le CHU de Guadeloupe, l'activité de scanner le week-end ayant diminué entre 2015 et 2016 (pour rappel, la téléradiologie a été mise en place en décembre 2015).
- **Impact sur la répartition de l'activité** : De manière inattendue, la téléradiologie a permis de rééquilibrer l'activité entre le jour et la nuit, les demandes étant traitées au fur et à mesure.
- **Impact financier** : Les honoraires annuels 2016 ont été de 268 876€, conformes aux prévisions de l'étude médico-économique prévisionnelle de 2015. Ce coût n'étant pas négligeable, Dr. Glaude a souhaité insister sur l'importance de bien déterminer le juste périmètre permettant financièrement à l'établissement de pérenniser cette organisation. Ces coûts sont à analyser au regard de l'économie faite sur les ETP de radiologues manquants et de l'impact notable sur l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble de l'équipe médicale.

Bénéfices et limites

La mise en œuvre de la téléradiologie au CHU de Guadeloupe a permis d'optimiser la prise en charge des patients en permanence des soins, d'améliorer les conditions de travail des radiologues et ainsi de renforcer l'attractivité du service. Par ailleurs, les correspondants du service d'imagerie (service d'accueil des urgences, réanimation, services de soins) ont vu leurs demandes d'examens traitées au fil de l'eau, avec un contact téléphonique facile et rapide avec le téléradiologue.

Cette réorganisation ne s'est pas faite sans effort et a eu certains impacts sur les différents acteurs : pour les manipulateurs, elle nécessite une adaptation à un fonctionnement sans radiologue sur place. Par ailleurs, si la charge de travail liée à la volumétrie d'examens n'a pas augmenté, on constate néanmoins une augmentation de la charge administrative, notamment pour l'équipe de nuit, en lien avec la gestion de la plateforme de téléradiologie. Pour les cadres et le chef de service, une charge accrue est notée, liée à la mise en place de nouveaux protocoles et à la gestion des dysfonctionnements. Enfin, la téléradiologie affiche des limites, notamment dans le traitement des demandes pour les polytraumatisés, car le volume d'images important rend difficile leur transfert vers le téléradiologue.



RETOURS D'EXPERIENCES - TELERADIOLOGIE

La téléradiologie comme nouvelle modalité

INTERVENANTS : Dr Élisabeth PARIZEL, radiologue, chef de pôle, CHR de Metz-Thionville
Dominique PAQUOT, cadre de santé, CHR de Metz-Thionville
Dr Philippe MARREL, neurologue, de CHR Metz-Thionville

Avec cette présentation à trois voix, associant le service d'imagerie à un service demandeur, nos intervenants nous ont présenté leur retour d'expérience sur la mise en place de la téléradiologie comme une nouvelle modalité de prise en charge, au sein d'un Centre hospitalier régional.

Le contexte

La réflexion sur le déploiement de la téléradiologie au CHR de Metz-Thionville a fait suite à une crise démographique profonde, aggravé par des départs successifs réduisant l'équipe de 11 à 3 radiologues en l'espace de quelques mois. L'établissement était donc contraint de trouver une solution d'urgence.

La décision de recourir à téléradiologie semblait la solution la plus efficace. Sa mise en œuvre au sein du CHR Metz-Thionville s'est appuyée sur la mission d'investigation régionale menée par l'ARS en 2013 pour répondre à la question suivante : « Comment dans un contexte de démographie médicale en recul assurer une prise en charge pérenne et de qualité grâce à la téléradiologie ? ».

Le déploiement du projet de téléradiologie devait permettre de s'inscrire en cohérence avec les objectifs suivants :

- Le respect du cadre réglementaire
- Le renfort du secteur public qui n'est plus auto-suffisant, à travers la création de partenariats d'égal à égal avec les ressources libérales
- La fin des contrats d'intérimaires, onéreux et non satisfaisants pour l'établissement
- L'organisation et la reconstruction des équipes médicales internes
- La mobilisation des outils techniques de la téléradiologie (réseau régional d'imagerie TLOR)

Les moyens

La clé de voute du déploiement du projet de téléradiologie a été l'élaboration d'un projet médical validé par la CME et la direction de l'établissement.

Dans le cadre de ce projet, le CHR de Metz-Thionville a souhaité privilégier les partenariats avec les acteurs

territoriaux : les radiologues libéraux, l'ARS qui soutient et accompagne les partenariats public/privé et le CGS Télésanté Lorraine qui met à disposition l'outil régional de téléradiologie (TLOR).

La volonté réciproque de pérenniser le partenariat avec le secteur libéral a conduit les radiologues privés à créer une association (COPRAD) qui a permis au CHR de passer un contrat global et unique avec tous les radiologues libéraux. L'intervention du secteur privé a dynamisé le service grâce à une organisation conjointe efficace (validation rapide des demandes, protocolisation des examens et interprétation continue et au fil de l'eau).

L'intégration de la téléradiologie dans le Workflow

L'intégration de la téléradiologie dans l'activité de jour a permis au service de se délester d'une partie de l'activité des équipements lourds vers des radiologues distants qui assurent une partie de l'activité programmée et aident à l'absorption des pics d'activité. Concrètement, les plages identifiées comme disponibles par les radiologues libéraux pouvaient être considérées comme des plages réservables en téléradiologie par le service du CHR. Ainsi, certains créneaux horaires correspondaient à deux vacations de radiologues, une assurée par un PH et l'autre à distance.

En ce qui concerne l'organisation de la permanence des soins, celle-ci a été divisée en deux périodes correspondant à deux organisations différentes :

- La première partie de la nuit (18h - 00h), sur laquelle sont pris en charge en grande partie les débordements du jour, est assurée par une « demi-garde » par les praticiens hospitaliers. Le dernier appel est donc pris à 23h au maximum. Elle génère un repos de sécurité le lendemain matin (respect des 11 heures de coupure), et les radiologues peuvent alors être intégrés au planning, dès le lendemain après-midi.
- La deuxième partie, ou « nuit profonde » (00h - 08h) est systématiquement sous traitée à la Compagnie générale de téléradiologie (CGTR)

Facteurs de succès

L'intégration de la téléradiologie dans le workflow, a nécessité de repenser l'organisation de l'activité. Le CHR a créé un « cadre programmiste MER » dédié à la régulation des flux d'activité. Celui-ci veille à une bonne adéquation entre les demandes d'examens et la disponibilité des plateaux techniques, il assure la régulation des actes entre le présentiel et la téléradiologie. Il contrôle également le respect des délais cibles et la concordance entre les plannings et les compétences notamment concernant les surspécialités.

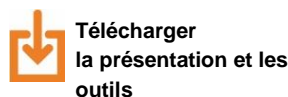
Nos intervenants ont également mis l'accent sur le fait que l'organisation de la téléradiologie dépasse le cadre strict de l'organisation des services d'imagerie. Son déploiement implique de se pencher sur de nombreuses autres organisations, comme celles des services associés (urgences, réanimation, etc.). En effet, la téléradiologie modifie les modes de prise en charge et doit donc prévoir des protocoles associés : la surveillance des patients et le retour des résultats par exemple en ce qui concerne la réalisation des injections. Elle doit prévoir des liens avec le service informatique, en cas de panne ou de dysfonctionnement. L'organisation des échanges administratifs ne doit pas non plus être négligée (cotation, modalités d'intégration des comptes rendus, etc.). Elle doit penser les modalités d'information et de recueil du consentement du patient. Enfin, et afin de sécuriser le workflow, des procédures claires doivent être prévues pour tracer les décisions médicales.

Enjeux de l'informatique

Nos interlocuteurs ont également beaucoup insisté sur les enjeux propres à l'informatique. La mise en place de la téléradiologie a été une occasion pour leur établissement d'installer une astreinte informatique 24h/24 dans un souci de fluidité et de sécurisation de la chaîne de soins. Elle a également permis une évolution des pratiques au niveau des manipulateurs en installant une habitude de protocolisation et de consultation de logigrammes systématiques pour éviter un recours inutile aux hotlines informatiques.

Résultats

La mise en place de la téléradiologie a permis de redynamiser le service d'imagerie, comme peut en attester l'augmentation constante de l'activité. Elle a également permis de limiter le recours à l'intérim et d'optimiser les délais de rendez-vous. L'objectif principal de rendre au service son attractivité a également pu être atteint avec le recrutement de 2 nouveaux praticiens hospitaliers dont un radiologue interventionnel. Face à la réussite de ce projet, le CHR a décidé de maintenir et perfectionner cette organisation, et de s'inscrire dans une démarche de labélisation. Notons également que le CHR de Metz-Thionville expérimente actuellement autour de la télé-échographie (TELECHO), avec une extension expérimentale du protocole de coopération, permettant l'interprétation à distance par les radiologues, des actes réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale (MER) titulaires du Diplôme universitaire.



ZOOM SUR

Protocoles de coopération : Bilan et rôle de la Haute Autorité de Santé

INTERVENANTE : Dr Stéphanie SCHRAMM, adjointe au chef du service SA3P, HAS

En introduction de la séquence de l'après-midi, portant sur les protocoles de coopération en imagerie, le Dr. SCHRAMM est intervenue afin de préciser le cadre légal et juridique de la mise en place des protocoles de coopération ainsi que le rôle de la HAS dans leur mise en œuvre.

Introduction

Le Dr SCHRAMM a débuté son intervention avec un bref rappel de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), et plus particulièrement de son article 51, qui promeut de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

Elle a spécifié que les protocoles répondant à l'article 51 devaient émaner des professionnels et répondre à un besoin. Le rôle de la HAS est de veiller à garder un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle, d'offrir un accès à des soins de qualité en maîtrisant des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients .

Procédure

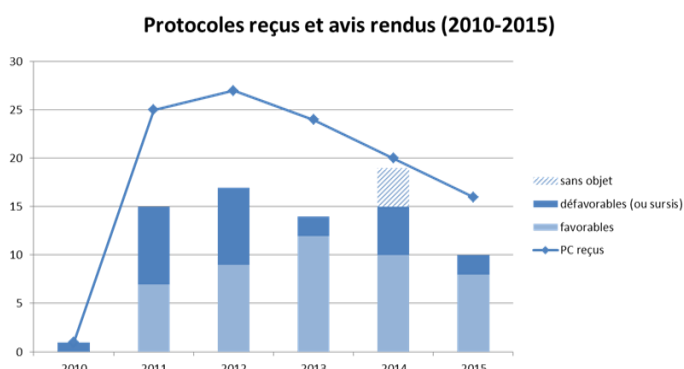
Dr. SCHRAMM a explicité les différentes étapes de rédaction, de soumission et de validation des protocoles de coopération, en faisant la différence entre ce qui relevait des compétences des équipes projet (des professionnels de santé), des ARS et de la HAS.

Tout protocole est initié par un professionnel de santé qui le rédige pour répondre à un besoin identifié. Le professionnel peut être accompagné par l'ARS notamment dans la rédaction du protocole, la définition d'un modèle économique et des modalités de financement et de rémunération. A ce stade, l'ARS vérifie également que le protocole répond à un besoin de santé identifié au niveau de la région. Il est ensuite transmis à la HAS qui délivre un avis de conformité après avoir évalué que le niveau d'efficacité clinique est au moins équivalent à la prise en charge habituelle, que le protocole proposé garantit un accès à des soins de qualité et que les risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients sont maîtrisés. C'est l'ARS, qui suite à un avis conforme de la HAS, autorise sa mise en œuvre.

Les protocoles de coopération en chiffres

116 protocoles de coopération ont été soumis à la HAS, dont 46 ont eu un avis favorable et 15 un avis défavorable. 8% de

ces avis favorables concernaient une délégation faite aux manipulateurs d'électroradiologie médicale (MER).



Focus sur l'imagerie

43 protocoles de coopération en imagerie ont été autorisés dans 22 régions, dont 36 ont été mis en œuvre par 1 903 professionnels (741 délégués et 1 162 déléguants).

Le [décret du 5 décembre 2016](#), relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale, étend les compétences des manipulateurs en leur donnant plus d'autonomie vis-à-vis du médecin pour certains actes et activités tout en distinguant plusieurs niveaux de délégation et d'autonomie. Ce décret constitue donc une évolution conférant aux équipes plus de liberté et de marges de manœuvre dans la rédaction des protocoles et leur validation en interne.

Depuis 2010, concernant l'imagerie, 10 protocoles ont été reçus et instruits concernant l'imagerie, 9 ont eu un avis favorable (dont 6 concernant les MER), et 1 un avis défavorable.

Les établissements de toutes les régions peuvent aujourd'hui se rattacher à n'importe quel protocole ayant reçu un avis favorable de la HAS. Le protocole de coopération entre les médecins radiologues et les manipulateurs de Lorraine et de Normandie ont fait l'objet de plusieurs rattachements par exemple.

Retrouvez l'intégralité des protocoles sur :

<https://coopps.ars.sante.fr/>



RETOURS D'EXPERIENCES - PROTOCOLES DE COOPERATION EN ECHOGRAPHIE

Les protocoles de coopération au CHU de Tours

INTERVENANT : Dr Jérôme ROUMY, coordinateur du DIU échographie & techniques ultrasonores au CHU de Tours et Secrétaire général adjoint de la Société Francophone d'Échographie

Dr ROUMY est intervenu en sa double qualité de praticien hospitalier et d'universitaire afin de présenter à la fois l'organisation adoptée par son service pour mettre en place le protocole de coopération et les formations en échographie : DIU EA (Echographie d'acquisition) et DIU ETUS (Échographie et Techniques UltraSonores).

Organisation du service d'échographie du CHU de Tours

Les 2 services d'échographie du CHU de Tours (un sur chaque site) comptabilisent 7,4 ETP MER formés à la pratique de l'échographie (répartis sur 8 manipulateurs), 5 ETP praticiens et 2 internes. Ces équipes réalisent 29 000 actes d'échographie par an (dont 50% de patients externes) sur 13 salles d'échographies. Les MER pratiquent des examens standardisés à l'exception de certains actes spécifiques pour lesquels des MER sont spécialisés (transplantation rénale) voir dédiés (echo-doppler). Sur chaque site, un médecin référent est sur place et en permanence disponible pour répondre aux sollicitations du MER et assurer la prise en charge des urgences.

Cette organisation a été facilitée en 2012 par la création d'un Diplôme Inter-Universitaires (DIU) permettant aux MER de suivre une formation spécifique (DIU EA) ou d'effectuer une validation des acquis d'expérience (pour ceux ayant plus de 3 ans de pratique professionnelle).

Conditions de mise en œuvre

Pour arriver à l'organisation actuelle, le CHU de Tours a suivi les étapes obligatoires suivantes :

1. Envoyer une lettre d'intention de la structure auprès de l'ARS
2. Demander l'adhésion au protocole de coopération national
3. Se mettre en conformité selon les articles de loi
4. Inscrire les manipulateurs au DIU EA
5. Les libérer en temps partiel à la pratique de l'échographie
6. Suivre une formation spécifique avec encadrement structuré

7. Assurer l'adhésion médicale et paramédicale au protocole
8. Mettre en place l'organisation avec déclaration à l'ARS

Les formations en échographie

Dr. ROUMY a terminé sa présentation en faisant un focus sur la formation des MER et des médecins à la pratique de l'échographie :

- **DIU EA** : cette formation diplômante d'un an comprend un enseignement autour d'un tronc commun sur les bases physiques, des modules sous forme de stages et séminaires et une formation pratique. Afin de pouvoir suivre cette formation, il est préférable de libérer le MER *a minima* à 50%. Le nombre d'inscrits est en constante augmentation (19 en 2011, 60 en 2016) et notamment dans le secteur privé.
- **DIU ETUS** : cette formation à destination des médecins est très spécifique et pas nécessairement adaptée à toutes les professions médicales (urgentistes, médecins généralistes). Pour cela une réflexion est menée pour proposer une formation simplifiée « d'échoscopie » (« considérant l'échographe comme le prolongement du doigt du médecin »). Une vigilance toute particulière devra être portée quant à la qualité de la formation et aux praticiens à qui adresser cette formation. Dans ce sens, Dr. ROUMY encourage vivement les imageurs à s'emparer de cette formation pour en assurer la qualité.



Télécharger
la présentation

L'activité de manipulateur en échodoppler exerçant dans le cadre d'un protocole de coopération

INTERVENANTS : Guillaume GIANGRASSO, cadre de santé en Imagerie, CHU de Montpellier et Eric LORENZELLI, manipulateur en électroradiologie, CHU de Montpellier

M. GIANGROSSO, cadre de santé en imagerie et M. LORENZELLI, manipulateur en électroradiologie au CHU de Montpellier ont partagé leur expérience de mise en place d'un protocole de coopération en échographie.

Le cadre du protocole de coopération

Le protocole de coopération est un « contrat » de collaboration entre une équipe de médecins « délégués » à des manipulateurs « délégués » travaillant sous la responsabilité de ces médecins par délégation de tâches et de compétences.

Cette démarche n'est réalisable qu'avec des délégués complètement engagés et un fort investissement personnel et professionnel des MER délégués.

La démarche doit s'inscrire dans le projet médical de service et être correctement organisée, coordonnée et accompagnée par l'encadrement. Celui-ci met en place les conditions nécessaires au bon déroulement tant au niveau de la formation, qu'à la mise en place et au suivi du protocole au sein du service.

Le CHU de Montpellier s'était d'abord lancé dans une démarche de rédaction de protocole et avait déposé un dossier fin 2012. Ensuite, un protocole ayant été validé en Languedoc-Roussillon - reprenant celui de Lorraine de 2009 concernant les personnels de santé exerçant l'échographie sur au moins 50% de leur temps de travail - le CHU de Montpellier a alors choisi d'adhérer à ce protocole. L'adhésion s'est faite par notification de l'ARS en février 2015, et a été effective en mars 2015.

Une vraie démarche qualité

Afin de garantir un niveau de qualité et de traçabilité sans faille, l'établissement suit un processus bien décrit, lors de chaque examen :

- La première étape concerne l'information orale du patient sur le protocole et ses modalités. Dans ce cadre le manipulateur explique au patient qu'il n'est pas médecin mais qu'il est habilité en toute légalité à exercer un acte de médecine. Il doit l'informer de la présence d'un médecin à proximité si besoin. Le manipulateur doit par

la suite faire le bilan de l'acte réalisé et du ressenti du patient (selon un compte rendu type).

- La deuxième étape consiste à collecter les données des patients et des examens : demandes d'examen et étiquettes patient, compléter le questionnaire de satisfaction patient, ainsi qu'une fiche de suivi patient précisant la nature de l'examen, le temps de réalisation et la sollicitation ou non d'un médecin.
- La troisième étape consiste à colliger l'ensemble de ces éléments dans un document de synthèse élaboré par eux (fichier Excel).

L'ensemble de ces informations sont transmises à l'ARS chaque année afin d'évaluer et de valider la qualité de prise en charge des patients.

Ayant adhéré au protocole de Lorraine, le CHU est dans l'obligation de fournir l'intégralité des indicateurs demandés dans le cadre de ce protocole. Cette tâche pouvant être fastidieuse, la procédure de suivi peut constituer dans certains cas un frein à la mise en place du protocole. En revanche, elle garantit un haut niveau de qualité dans la prise en charge des patients par le MER.

Bilan

L'adhésion à un protocole de coopération déjà rédigé constitue une solution judicieuse pour contourner le schéma administratif compliqué de la rédaction et soumission d'un nouveau protocole de coopération.

Le bilan du protocole est positif tant quantitativement que qualitativement. Il s'est traduit par une croissance de l'activité au niveau du service en général et du nombre d'actes réalisés par le MER en particulier. Cela a également permis au MER d'élargir ses compétences de manière continue et d'inciter un second manipulateur à entreprendre la formation DIU.

Cependant, il est à noter qu'il n'existe aujourd'hui aucune valorisation financière qui reconnaisse la montée en compétence du MER ainsi que les responsabilités dans lesquelles il s'est engagé.

Pour conclure, ce protocole de coopération permet non seulement de libérer du temps médical au sein d'un service d'imagerie tout en valorisant la profession de MER. Peut-être une spécialisation MER à reconnaître à l'avenir...



CONCLUSION

Tout au long de cette journée, plusieurs établissements ont pu présenter leurs retours d'expériences de déploiement de la téléradiologie et de mise en œuvre de protocoles de coopération en échographie. Ces nouvelles organisations ont, dans la plupart des cas, permis de libérer du temps radiologue dans des services présentant parfois un sous-effectif médical. Ces différentes présentations ont été complétées par des interventions de la HAS et de l'ANAP afin de préciser le cadre juridique et institutionnel dans lequel s'inscrivent ces différents projets.

Concernant la téléradiologie, quelques grands enseignements sont à noter. Dans la majorité des cas, c'est un mode d'organisation qui s'est mis en place pour faire face à une pénurie de radiologues. La téléradiologie a ainsi permis de soulager la charge de travail, particulièrement en permanence des soins et sur l'imagerie en coupe (scanner et IRM). Dans de plus rares cas, elle est également mise en œuvre au cours de la journée, comme exposé par le CHR de Metz-Thionville. Sa mise en œuvre peut s'avérer un réel levier pour améliorer l'attractivité d'un service. Le CHU de Guadeloupe a exposé l'importance d'évaluer précisément son besoin, afin de mettre en œuvre une organisation pérenne, pouvant être supportée financièrement par l'établissement. Enfin, il est à noter qu'un tel mode de travail nécessite de mettre en place une organisation structurée, afin d'assurer la bonne coordination entre les différents acteurs : radiologues, manipulateurs, téléradiologues, et médecins prescripteurs.

L'après-midi, consacrée aux protocoles de coopération en échographie, s'est articulé autour de 3 interventions complémentaires : la présentation de la HAS sur le bilan des protocoles de coopération, le retour d'expérience du CHU de Montpellier sur l'activité d'un MER en écho-doppler et la présentation du CHU de Tours axée sur les conditions de formation et de mise en œuvre de ces protocoles. La mise en place de ces organisations, facilitée par la possibilité d'adhésion à un protocole déjà validé sur une autre région, permet d'améliorer l'accès à un examen d'échographie, tout en maintenant la qualité de prise en charge des patients. Cela nécessite tout de même une forte implication des équipes (manipulateurs, encadrement et radiologues), tant dans la formation que sur l'organisation quotidienne à mettre en place pour assurer la traçabilité et le suivi de la qualité des examens.

LES MOTS DE LA FIN...

Citation d'un participant

« Les cercles ont pour nous beaucoup de valeur : les retours d'expériences permettent de connaître les actions réalisées par les autres établissements, de découvrir des outils et des méthodologies et de s'en inspirer. Je repars de ce cercle avec beaucoup d'idées !
Je me connecte très souvent à la plateforme imagerie, sa simplicité d'utilisation, et son contenu très pertinent en font une richesse pour nos établissements. »

Ludovic DARCH,
Ingénieur hospitalier à la cellule d'appui aux organisations
Hôpitaux universitaires de Strasbourg,

Citations d'intervenants

« J'encourage tous les professionnels à venir participer aux futurs cercles, le partage d'expériences est au cœur de ces réunions et cela contribue à la performance de nos organisations. »

Guillaume GIANGRASSO,
Cadre de Santé en Imagerie au CHU de Montpellier

« Nous avons souhaité partager notre expérience et aussi pouvoir entendre celle des autres, car voir comment les autres font, cela nous permet d'enrichir notre pratique ! »

Dr Élisabeth PARIZEL,
Radiologue au CHR de Metz-Thionville



Remerciements

L'ANAP remercie tous les participants et intervenants pour leur contribution au succès de ce cercle !

L'ANAP souhaite adresser ses remerciements aux professionnels qui ont accepté de témoigner lors du 2eme cercle Imagerie médicale du 31 mars 2017 :

Pr. Alain RAHMOUNI, radiologue, Hôpital Henri Mondor

Dr. Eddy GLAUDE, radiologue chef de service, CHU de Guadeloupe

Claude CHILIN, cadre de santé, CHU de Guadeloupe

Dr. Elisabeth PARIZEL, radiologue, chef de Pôle, CHR de Metz-Thionville

Dr. Philippe MARREL, Neurologue, CHR de Metz-Thionville

Dominique PAQUOT, cadre de santé, CHR de Metz-Thionville

Dr. Stéphanie SCHRAMM, adjointe au chef du service SA3P, HAS

Guillaume GIANGRASSO, cadre de santé en Imagerie, CHU de Montpellier

Eric LORENZELLI, manipulateur en électroradiologie, CHU de Montpellier

Dr Jérôme ROUMY, coordinateur du DIU Echographie & Techniques Ultrasonores, CHU de Tours