

***Avenant N°1
au Projet Régional de Santé
relatif aux équipements matériels lourds
d'imagerie en coupe (Scanners et IRM)
du Schéma Régional de Santé***



PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE



Contexte de la révision

La région Occitanie présente des disparités entre départements, ainsi qu'à l'échelle infra-territoriale, en raison de leur croissance démographique et indice de vieillissement, de leurs caractéristiques socio-économiques et géographiques, dont la répartition des zones rurales et de montagne. Celles-ci peuvent contribuer aux inégalités d'accès aux équipements matériels lourds (EML) d'imagerie en coupe, en particulier aux conditions et délais d'accès de la population.

Par ailleurs, ces appareils (scanner et IRM) connaissent un élargissement significatif de leurs indications thérapeutiques, y compris dans le cadre de l'urgence, et de nouveaux usages se développent. Mais des difficultés croissantes sont identifiées dans plusieurs territoires pour le maintien de ressources médicales et paramédicales de proximité en radiologie indispensables à l'exploitation de ces appareils. Des évolutions de pratiques et d'organisations deviennent nécessaires.

Ces éléments amènent à une adaptation régulière de la stratégie régionale en la matière afin d'améliorer, malgré ces contraintes, l'adéquation de l'offre aux besoins des territoires.

Le Schéma Régional de santé (SRS) Occitanie, publié par arrêté le 3 août 2018 pour une durée de 5 ans, devait faire l'objet d'une révision intermédiaire afin de tenir compte du nouveau cadre juridique lié à la réforme des autorisations sanitaires. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a retardé la parution de ces textes.

Par ailleurs, la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CoSOS) a voté le 26 mai 2020 une motion demandant la révision des objectifs du volet « Equipements matériels lourds » du SRS, validée par la Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie le 3 juin 2020.

Au 1^{er} février 2021, soit moins de 3 ans après la publication du SRS, 19 IRM et 9 scanners supplémentaires ont fait l'objet d'une autorisation par l'ARS. La révision partielle du SRS concernant les EML d'imagerie en coupe s'avère aujourd'hui nécessaire, afin d'en réajuster les objectifs aux besoins les plus prégnants, dans l'attente de l'élaboration du nouveau Schéma à échéance 2023. Cette révision prend la forme du présent avenant au SRS. Elle constitue une nouvelle étape dans la réduction progressive des inégalités territoriales d'accès aux EML des habitants de la région, qui sera poursuivie lors de sa complète révision.

Méthodologie de la révision

L'élaboration de cet avenant repose sur un diagnostic régional et territorial, selon les 13 zones définies dans le SRS, permettant la réévaluation des besoins en matière d'offre en Scanners et IRM. Ce diagnostic régional est consultable sur le site internet de l'ARS Occitanie.

Ce diagnostic s'appuie sur :

- Les caractéristiques démographiques et la répartition géographique de la population (*taux de croissance, indice de vieillissement, isolement géographique, conditions socio-économiques*) ;
- L'offre existante d'imagerie en coupe (*quantification des implantations et appareils installés, taux d'équipement, répartition géographique y compris des centres d'imagerie conventionnelle non équipés d'EML, adossement ou non à des établissements de santé ayant une activité de court séjour en particulier en fonction de leur offre en service d'urgence autorisés...*) ;
- L'activité et les modalités de recours aux équipements (*nombre annuel de passages, taux de recours notamment hors département, part de population par département à plus de 30 et 45 minutes d'accès à un EML, délais d'attente pour un panier d'actes traceurs, type d'usage dont diagnostic, interventionnel, la part d'activité liée aux besoins des urgences versus programmé...*) ;
- La démographie des médecins radiologues et des manipulateurs en électroradiologie médicale (*Densité, répartition par âge, type d'exercice*) ;
- L'implantation des maisons de santé pluri-professionnelles et les dynamiques de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) émergentes ou formalisées.

Ces données ont été étudiées et présentées à l'échelle de la région et pour chaque territoire (départements).

Avant la phase de consultation, ce travail a été soumis à la concertation par étapes, entre juillet 2020 et juin 2021, et à l'expertise des représentants des fédérations hospitalières, de l'URPS Médecin, du conseil professionnel de la radiologie française d'Occitanie (G4) et des usagers du système de santé (France Assos Santé), dans le cadre d'un groupe de travail régional réuni à 5 reprises, et des présidents des conseils territoriaux en santé (CTS).



Synthèse du diagnostic

Au 1^{er} février 2021, les autorisations suivantes sont recensées en Occitanie :

- 120 Scanners, dont plus de 90% des appareils en activité sont utilisés en usage diagnostique (*le nombre moyen de passages / scanner en Occitanie est de 11 000 dont 22% proviennent des urgences*) et 60% pour un usage interventionnel mais pour de faibles volumes, soit moins de 40 000 actes (*22% des passages concernent le champ de l'oncologie et 78 % celui de l'ostéoarticulaire*).
- Le délai moyen de rendez-vous en Occitanie pour un scanner du thorax sans ou avec injection est de 24 jours, réduit à 17 jours pour un 1^{er} rdv. Des disparités très importantes sont identifiées en fonction des départements : moins de 15 jours en Lozère et dans le Lot, plus de 30 jours dans le Gers, Tarn et la Haute-Garonne.
- 99 IRM, principalement polyvalents (7 non polyvalents), utilisés en usage majoritairement diagnostique (*le nombre moyen de passages / IRM en Occitanie est de 8 000 dont moins de 5% proviennent des urgences*).
- Le délai moyen de rendez-vous en Occitanie pour un IRM du crâne sans injection est de 46 jours, réduit à 38 jours pour un 1^{er} rdv – il est sensiblement inférieur s'il est réalisé avec injection. Ce délai est de 25 jours pour un IRM d'un ou deux segments de la colonne vertébrale sans injection.

Parmi les 28 appareils autorisés depuis la publication du SRS, 11 le sont depuis 1 an ou moins (39%). Néanmoins, il est à souligner que les deux tiers de ces 28 appareils nouvellement autorisés n'ont pas été mis en service au 21 mai 2021. Parmi ces 19 appareils (8 scanners et 11 IRM), 12 sont autorisés depuis plus d'1 an.

En Occitanie, le taux d'équipement en scanner est supérieur à la moyenne nationale (*2/100 000 habitants vs. 1,85 en France métropolitaine*). Des disparités importantes existent entre territoires (*variation de 1,31 à 2,61*) : ce taux est significativement inférieur à la moyenne régionale en Ariège, Tarn-et-Garonne et Gers, et supérieur en Lozère, Hérault et Lot.

A l'inverse, le taux d'équipement en IRM est inférieur à la moyenne nationale (*1,65 / 100 000 habitants vs. 2,03 en France métropolitaine*). De fortes disparités existent aussi entre territoires (*variation de 0,57 à 1,87*) : taux significativement faibles en Ariège et Lot, élevés en Pyrénées-Orientales, Hérault, Haute-Garonne et Tarn.

Les activités de recours régional pour la neurologie, la cancérologie ou l'appareil cardiovasculaire, combinées à la démographie des professionnels de l'imagerie plus favorable qu'en moyenne régionale (cf. infra), contribuent aux taux d'équipement supérieurs à la moyenne régionale constatés de façon plus marquée en Haute-Garonne et surtout dans l'Hérault.

En termes d'accès aux équipements, 1% de la population de la région Occitanie réside à plus de 45 minutes d'un scanner et 4% d'un IRM (vs. 6% et 14% à plus de 30 minutes). Les départements dont la part de population concernée est la plus importante sont le Gers, la Lozère, l'Aveyron et l'Aude pour les scanners (*auxquels il faut rajouter l'Ariège, le Tarn-et-Garonne et le Lot au-delà de 30 minutes*). Pour les IRM, il s'agit du Lot, du Gers, de la Lozère, l'Aveyron et l'Ariège (*auxquels il faut rajouter le Tarn-et-Garonne, les Hautes-Pyrénées et l'Aude au-delà de 30 minutes*). Il est à souligner que plus du tiers de la population du Gers, du Lot, de l'Ariège et de la Lozère a recours aux scanners et IRM hors de son département de résidence.

La démographie des médecins radiologues est préoccupante dans plusieurs territoires. Leur densité régionale est légèrement supérieure à la moyenne nationale (12,2 pour 100 000 habitants en 2020 vs. 11,8) et varie de 2,6 à 15,3. Ainsi, elle est significativement plus faible en Lozère, Lot, Gers et Tarn-et-Garonne, alors qu'elle est plus élevée dans le Gard, la Haute-Garonne et l'Hérault. D'autre part, les départements de l'Aveyron, des Hautes-Pyrénées et du Gers cumulent forte proportion de radiologues de 60 ans et plus (entre 33 et 40%) et faible proportion de radiologues de 40 ans et moins (moins de 8%).

La démographie des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) commence à se détériorer, avec des disparités importantes en fonction des territoires. On compte 1 radiologue pour près de 4,5 MERM. Leur densité est de 53,5 pour 100 000 habitants en Occitanie et varie de 22,6 à 74,6. Ainsi, il est le plus faible dans le Gers, en Tarn-et-Garonne et Lozère, alors qu'il est le plus élevé dans l'Hérault. Mais pour le moment ces professionnels sont plus jeunes que les médecins radiologues, sauf dans le Lot. A noter que si le nombre de diplômés a doublé en Occitanie en 5 ans, il reste inférieur au nombre de places proposées.

Les éléments issus de cette phase de diagnostic et des contributions permettent de proposer les évolutions suivantes concernant les objectifs qualitatifs et quantitatifs du SRS en vue d'améliorer l'accessibilité de l'offre d'imagerie en coupe en région Occitanie.



Évolutions des objectifs qualitatifs

Les objectifs qualitatifs existants, inscrits dans le schéma régional de santé 2018/2023, sont précisés et complétés au vu des résultats de la phase diagnostique, pour pouvoir déterminer les besoins en implantations et appareils supplémentaires et mieux inscrire les demandes d'équipement d'imagerie en coupe dans ces objectifs.

Ainsi, les demandes d'installation de nouveaux EML ou de renouvellement doivent pouvoir répondre à des critères de priorisation des besoins ci-après énoncés.

- **Garantir et améliorer les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en radiologie sur les territoires**

Pour toute nouvelle implantation d'EML, la capacité en ressources humaines pour absorber l'activité supplémentaire et la pérennité de l'équipe de radiologie devra être garantie.

L'offre sur les territoires, les coopérations et soutiens doivent être consolidés pour faire face à la problématique de la démographie des professionnels de l'imagerie (médecins et manipulateurs en électroradiologie médicale ou MERM).

La description de coopérations, structurées et formalisées (ou en instance de l'être) entre les structures d'imagerie et demandeuses d'imagerie de tout statut devra être réalisée.

Il est par ailleurs nécessaire de favoriser l'accès aux EML, par la mise à disposition de vacations sur les nouveaux appareils, pour les radiologues de centres d'imagerie conventionnelle n'en disposant pas.

Pour toute nouvelle implantation d'EML, l'équipe de radiologie demandeuse devra pouvoir objectiver son implication dans l'organisation de la permanence des soins (PDS) et sa participation effective en réponse au besoin du territoire.

Dans les territoires dont le taux d'équipement en EML est supérieur à la moyenne régionale, il faudra tenir compte, dans l'analyse des demandes, des délais d'attente supérieurs à la moyenne régionale pour les activités programmées.

- **Mieux prendre en compte les filières et trajectoires des patients**

Les demandeurs doivent proposer une activité qui répond aux besoins d'une organisation territoriale partagée de l'imagerie.

La réduction du recours aux EML hors département devra être recherchée, en particulier dans les territoires où ce taux de recours est supérieur à la moyenne régionale.

Il faut chercher à faciliter l'accès aux IRM pour la population pédiatrique, notamment en lien avec une offre anesthésique adaptée.

Les initiatives promouvant la collaboration entre les professionnels de l'imagerie et de la médecine nucléaire au service du parcours du patient atteint de cancer (et de l'optimisation de la pertinence des actes) seront soutenues.

- **Répondre aux besoins des établissements de santé MCO dont les activités sont fortement demandeuses d'imagerie**

Il s'agit de mieux prendre en compte le besoin en EML pour les explorations et le suivi des pathologies cardiaques.

En neurologie, le recours à l'IRM permet de répondre aux besoins en première intention. Ainsi, il est nécessaire de faciliter l'accès à un appareil fonctionnel, en particulier le week-end, au sein des établissements dans lesquels une UNV est autorisée. Toutefois, le scanner peut faciliter l'identification des patients éligibles à un traitement de revascularisation (thrombolyse/thrombectomie), grâce à l'amélioration de la sensibilité diagnostique des appareils et de la qualité du traitement et de transfert d'images.

En cancérologie, les autorisations, la dynamique et les perspectives d'activité des établissements, notamment les innovations thérapeutiques en oncologie-radiothérapie, doivent être prises en compte, en particulier pour implanter un nouvel IRM.

L'installation d'un 2^{ème} scanner doit pouvoir être réalisée si l'activité du service des urgences autorisé est forte (un seuil supérieur à 20 000 passages annuels peut être considéré comme pertinent) ou si le nombre de passages au scanner du site en provenance de ces urgences est objectivé comme important.

- **Améliorer le maillage départemental en scanners**

L'implantation de scanners dans les zones insuffisamment pourvues, à distance des implantations d'EML existantes, devra être recherchée, en tenant compte d'une densité de population desservie suffisante et de l'objectif de réduction de temps d'accès routiers supérieurs à 30 minutes.

Sur les territoires où se mettent en place des CPTS, l'implantation de scanners peut être envisagée, si possible en partenariat avec les hôpitaux de proximité, en s'appuyant sur des centres d'imagerie conventionnelle existants et sur une équipe de radiologues proposant sur ce site une offre dans le cadre du dépistage des cancers, notamment du sein.

Pour les nouvelles implantations de scanner, à distance de plateaux d'imagerie diversifiés, le soutien technique de centres d'imagerie dotés de plusieurs EML devra être proposé (par exemple l'appui par la télé-imagerie et le développement de la télé-expertise).

- **Améliorer le maillage départemental en scanners**

L'implantation de scanners dans les zones insuffisamment pourvues, à distance des implantations d'EML existantes, devra être recherchée, en tenant compte d'une densité de population desservie suffisante et de l'objectif de réduction de temps d'accès routiers supérieurs à 30 minutes.

Sur les territoires où se mettent en place des CPTS, l'implantation de scanners peut être envisagée, si possible en partenariat avec les hôpitaux de proximité, en s'appuyant sur des centres d'imagerie conventionnelle existants et sur une équipe de radiologues proposant sur ce site une offre dans le cadre du dépistage des cancers, notamment du sein.

Pour les nouvelles implantations de scanner, à distance de plateaux d'imagerie diversifiés, le soutien technique de centres d'imagerie dotés de plusieurs EML devra être proposé (par exemple l'appui par la télé-imagerie et le développement de la télé-expertise).

- **Développer l'imagerie interventionnelle**

Le développement de la radiologie interventionnelle diagnostique ou thérapeutique devra être recherché et développé dans les sites réunissant les conditions techniques et de sécurité pour réaliser leur mise en œuvre.

Pour les demandes de scanners supplémentaires sur les sites déjà équipés, une partie de l'activité qui y sera réalisée devra être interventionnelle ou permettre son développement sur les appareils installés.

Les scanners dédiés à la seule activité interventionnelle seront déclarés à l'ARS et leurs conditions techniques de fonctionnement et de sécurité garantis.

- **Maitriser et cibler le développement de la téléimagerie**

Une organisation territoriale de la téléradiologie doit être recherchée et mise en œuvre prioritairement avec les imageurs de ce territoire, voire des territoires voisins de la région.

Les nouvelles demandes d'implantations d'EML doivent s'appuyer sur la présence effective de médecins radiologues sur site et le recours à la téléradiologie doit être un mode de fonctionnement réduit.

- **Améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des examens d'imagerie**

La vigilance des centres d'imagerie doit être portée sur la pertinence des actes afin de réduire des actes redondants ou à faible valeur ajoutée (exemple : substitution d'actes irradiants par des actes non irradiants lorsque cela est recommandé). Elle pourra être mesurée à travers la mise en place d'un indicateur de suivi de la non-pertinence des demandes des actes d'imagerie.

Les projets devront exprimer un lien avec la démarche d'amélioration des pratiques inscrite dans le Plan d'Action Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

La mise en œuvre d'une démarche qualité (y compris processus d'accréditation) au sein de la structure, réalisée en interne ou par un prestataire extérieur, sera formalisée.

Nouveaux objectifs quantitatifs de l'offre de soins

Ces objectifs quantitatifs, définis par territoire de santé, le département, s'appuient sur les analyses de la phase diagnostique et remplacent ceux notifiés dans le schéma régional de santé 2018/2023.

SCANNERS	Bilan des autorisations au 1er février 2021		Cibles			
	Implantations	Appareils	Implantations		Appareils	
			Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Zones						
Ariège	2	2	2	3	2	4
Aude	6	8	6	7	8	9
Aveyron	6	6	6	6	6	7
Gard	9	15	9	10	15	16
Haute-Garonne	19	26	19	22	26	32
Gers	3	3	3	4	3	4
Hérault	22	28	22	24	28	32
Lot	4	4	4	4	4	5
Lozère	2	2	2	2	2	2
Hautes-Pyrénées	5	5	5	6	5	6
Pyrénées Orientales	8	10	8	9	10	11
Tarn	6	7	6	7	7	9
Tarn-et-Garonne	4	4	4	6	4	7
Occitanie	96	120	96	110	120	144
<i>Evolution</i>				+ 14		+ 24

IRM	Bilan des autorisations au 1er février 2021		Cibles			
	Implantations	Appareils	Implantations		Appareils	
			Borne basse	Borne haute	Borne basse	Borne haute
Zones						
Ariège	1	1	1	2	1	3
Aude	4	5	4	4	5	7
Aveyron	4	4	4	4	4	5
Gard	8	13	8	9	13	14
Haute-Garonne	18	26	18	18	26	29
Gers	3	3	3	4	3	4
Hérault	17	22	17	20	22	27
Lot	1	1	1	3	1	3
Lozère	1	1	1	1	1	1
Hautes-Pyrénées	2	3	2	2	3	3
Pyrénées Orientales	6	9	6	6	9	9
Tarn	4	7	4	5	7	8
Tarn-et-Garonne	3	4	3	3	4	4
Occitanie	72	99	72	81	99	117
Evolution				+ 9		+ 18



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



● Agence Régionale de Santé
Occitanie

Agence Régionale de Santé
Occitanie
occitanie.ars.sante.fr



**OCCITANIE
SANTÉ 2022**

prs.occitanie-sante.fr