



**EHESP**

---

**Filière DH**

Promotion : **2020 – 2021**

Date du Jury : **octobre 2021**

---

**Relancer les plateaux d'imagerie  
médicale mutualisés grâce au modèle  
public-public**

*La mise en place du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine, dit « basco-landais »*

---

**Louis HANNETEL**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de l'équipe de direction du GHT Navarre-Côte basque pour leur confiance et leur accueil bienveillant lors de mon stage de direction. Je pense en particulier à Michel Glanes, directeur général, à Jean-Bernard Cazenave, directeur des affaires médicales et générales, à Dominique Desmay, directeur du système d'information et de l'organisation, et à Stéphanie Cohort, directrice déléguée de l'hôpital de Saint-Palais et de l'établissement public de santé de Garazi.

Je remercie également Michel Louazel, professeur de stratégie hospitalière à l'EHESP, pour ses conseils et ses relectures attentives.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des personnes qui ont accepté que je les interroge dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire : Frédéric Martineau, chef du pôle imagerie des centres hospitaliers de la Côte basque et de Saint-Palais, Simon Beaudrap, directeur adjoint au Centre hospitalier de Dax, Antoine Bigourdan, radiologue du Centre hospitalier de la Côte basque, Éric Cléro, chargé de mission à la Direction régionale des finances publiques des Hauts-de-France, Sébastien Houadec, directeur adjoint au Centre hospitalier de Mont-de-Marsan, Violaine Mizzi, directrice adjointe au Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Tours, Frédéric Pigny, directeur du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan, et Régis Thual, adjoint au directeur du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan.

Enfin, je remercie les membres de ma famille, pour l'aide et le soutien qu'ils m'ont apporté pendant toute ma scolarité à l'EHESP.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>1 Définition et mise en œuvre d'un mode de coopération ciblée sur l'imagerie médicale .....</b>	<b>7</b>
1.1 <i>Genèse et constitution d'une modalité originale de coopération sanitaire .</i>	7
1.1.1 Le PIMM, une réponse aux enjeux spécifiques de l'imagerie médicale.....	7
1.1.2 Les débuts du PIMM : une expérience qui n'aura jamais lieu .....	10
1.1.3 Le dispositif consacré par la loi de modernisation de notre système de santé .....	13
1.2 <i>Les PIMM en pratique : un paysage contrasté .....</i>	15
1.2.1 Quatre PIMM achevés .....	16
1.2.2 Sept PIMM en projet ou à l'étude.....	17
1.3 <i>Le PIMM public-public : émergence d'un nouveau modèle .....</i>	18
1.3.1 Un recentrage sur le secteur public motivé par les limites du modèle public-privé.....	18
1.3.2 Un changement de stratégie pour structurer l'offre d'imagerie au niveau territorial .....	19
1.4 <i>Le PIMM public-public face à d'autres modes de coopération sanitaire ..</i>	22
1.4.1 PIMM et GCS.....	22
1.4.2 PIMM et GHT .....	23
<b>2 Le projet Sud-Nouvelle-Aquitaine, prototype du PIMM public-public .....</b>	<b>25</b>
2.1 <i>Des objectifs institutionnels clairs : renforcer l'attractivité des établissements parties et assurer une permanence des soins efficiente.....</i>	25
2.1.1 Pour les établissements du GHT des Landes .....	25
2.1.2 Pour les établissements du GHT Navarre-Côte basque .....	27
2.2 <i>Vers une meilleure prise en charge des besoins d'imagerie dans le territoire basco-landais .....</i>	29
2.2.1 La structuration d'une offre d'imagerie adaptée aux bassins de population .....	29

2.2.2	Une amélioration attendue de la qualité de prise en charge grâce au renforcement des équipes et de leurs compétences .....	30
2.3	<i>La mutualisation en pratique</i> .....	32
2.3.1	La mise à disposition des équipements lourds d'imagerie .....	32
2.3.2	Le système d'information .....	33
2.3.3	Ressources humaines .....	35
2.3.4	Aspects financiers .....	35
2.3.5	Gouvernance .....	36
2.4	<i>Le projet médical</i> .....	38
2.4.1	Une collaboration nourrie entre les services de radiologie des établissements parties .....	38
2.4.2	Détail de l'organisation des différentes surspécialités .....	39
2.4.3	Nouvelles technologies .....	41
<b>3</b>	<b>Le PIMM public-public, un modèle dont la structuration reste complexe et pourrait être allégée</b> .....	<b>44</b>
3.1	<i>La structuration de PIMM public-public comporte de réelles contraintes.</i> .....	44
3.1.1	Contraintes techniques .....	44
3.1.2	Contraintes institutionnelles et humaines .....	49
3.2	<i>L'avenir du PIMM public-public</i> .....	52
3.2.1	Un mode de coopération adapté aux enjeux de l'imagerie médicale, mais dont l'utilisation est encore limitée .....	53
3.2.2	Un outil de coopération qui peut être amélioré et dont la transposition à d'autres spécialités paraît envisageable .....	55
	<b>Conclusion</b> .....	<b>59</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CH : Centre Hospitalier  
CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNAM : Caisse National d'Assurance Maladie  
CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière  
CNG : Centre National de Gestion  
CSS : Complémentaire Solidaire Santé  
DPI : Dossier Patient Informatisé  
DILA : Direction de l'Information Légale et Administrative  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EPS : Établissement Public de Santé  
ETP : Équivalent Temps Plein  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (référence à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009)  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire  
ORL : OtoRhinoLaryngologie  
PACS : Picture Archiving and Communication System (système d'archivage et de transmission d'images)  
PET : Prime d'Exercice Territorial  
PIMM : Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé  
SIH : Système d'Information Hospitalier

TIPS : Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (canal intrahépatique par voie transjugulaire)

## Introduction

Défini à l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, le PIMM vise à mutualiser les ressources matérielles et humaines d'imagerie médicale entre les acteurs d'un territoire, qu'ils soient publics ou privés. Le PIMM est ainsi destiné à apporter une réponse à plusieurs enjeux rencontrés par les établissements de santé : maintien de la permanence des soins, attractivité médicale, accès à l'innovation, accessibilité de l'offre d'imagerie... Pour atteindre ces objectifs, la loi laisse une grande liberté aux acteurs de l'imagerie médicale, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), dans la définition des PIMM. Leur forme juridique (de la simple contractualisation entre établissements à la création de structures dédiées), de même que l'organisation du service rendu (modes de collaboration des équipes, dérogations statutaires), sont ainsi co-définies librement par les parties prenantes.

Cette flexibilité du PIMM lui permet de s'adapter au mieux aux situations locales, mais elle a pour inconvénient de complexifier sa mise en place. Tous les paramètres étant librement configurables, ils doivent être définis et négociés entre des acteurs dont les intérêts peuvent diverger : établissements publics et privés parties, praticiens concernés, ARS et assurance maladie, voire collectivités territoriales. Ce coût de négociation et de formalisation expose les projets de PIMM à une maturation qui peut être longue avant d'aboutir pleinement. Le projet basco-landais en est l'exemple : alors qu'il bénéficie d'une autorisation depuis le 21 août 2019<sup>1</sup>, sa structuration ne devrait s'achever qu'en 2022, bien que la coopération entre certains établissements « en mode PIMM » ait débuté dès 2021.

Le PIMM est donc un outil plein de promesses pour renforcer l'offre d'imagerie dans les territoires qui peinent à répondre pleinement aux besoins de la population. Mais la concrétisation de tels projets présente de réels défis techniques et organisationnels. Brigitte de Lard-Huchet, directrice du centre de droit JuriSanté du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), résume ainsi cette ambivalence du PIMM : « Cinq ans après la loi, les plateaux d'imagerie

---

<sup>1</sup> La décision d'autorisation figure en annexe n° 3

mutualisés n'ont pas vraiment trouvé leur voie. Très peu de plateaux mutualisés d'imagerie médicale sont constitués, et encore moins [sont] en fonctionnement effectif. Pour autant, il existe là une belle opportunité à saisir pour les établissements de santé, une vraie route à tracer. Mais beaucoup d'inconnues également »<sup>2</sup>.

### Contexte

Pour comprendre cette ambivalence qui caractérise le dispositif prévu par l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, il convient d'aborder plus précisément les enjeux spécifiques à l'imagerie médicale, auxquels le PIMM tente de répondre.

L'imagerie médicale fait en premier lieu l'objet d'un accroissement de la demande d'actes depuis plusieurs décennies, grâce au développement de la technologie mais aussi des pratiques médicales. Cette augmentation forte des besoins concerne aussi bien les examens – avec un recours accru à l'imagerie pour le diagnostic et le suivi des pathologies – que la radiologie interventionnelle – une surspécialité en plein développement depuis les années 1960. À mesure qu'elle se développe, l'imagerie médicale est donc perçue comme une spécialité structurante pour l'ensemble du système de santé.

Face à cette augmentation de la demande, l'offre d'imagerie présente une structure sous-optimale. Outre les déséquilibres territoriaux – qui recourent ceux de l'ensemble des spécialités médicales –, la démographie des radiologues est marquée par un fort dualisme entre l'activité libérale et l'activité hospitalière. Cette première modalité d'exercice est en effet plus attractive que la deuxième, en termes de rémunérations et de contraintes organisationnelles – liées à la permanence des soins notamment. Le régime d'autorisation des équipements et matériels lourds, nécessaires à l'activité d'imagerie médicale, n'a pas permis de réduire de manière significative ces déséquilibres entre les territoires et entre les

---

<sup>2</sup> LARD-HUCHET B., février 2021, « Plateaux mutualisés d'imagerie médicale Nouvelle route à tracer ou risque de naufrage ? », *Revue hospitalière de France*, n° 598

deux secteurs d'activité<sup>3</sup>. À l'inverse, certaines évolutions technologiques, comme le développement de la téléradiologie, permettent d'optimiser l'usage des ressources d'imagerie dans certains cas bien définis.

### Problématique

Dans ce contexte, les projets de mutualisation public-public peuvent être vus comme un moyen de relancer la dynamique des PIMM, par rapport au modèle public-privé qui a prévalu jusqu'à aujourd'hui. Dans l'esprit initial de la loi du 26 janvier 2016<sup>4</sup>, qui pérennise ce dispositif, le PIMM est en effet une initiative devant regrouper les acteurs à la fois publics et privés d'un territoire, afin de mieux organiser l'offre d'imagerie et d'optimiser la réponse aux besoins des patients. Le modèle public-public permettrait ainsi, en recentrant la coopération sur le secteur public, de réduire la complexité des projets de mutualisation, tout en préservant les objectifs de renforcement de l'offre d'imagerie et d'amélioration de la qualité du service rendu. Dès lors, le PIMM est-il un outil adapté à la consolidation de l'offre publique d'imagerie dans un territoire ?

### Plan

Pour répondre à cette question, il convient de commencer par définir le PIMM, ses origines et la mise en œuvre de ce dispositif depuis sa création, avec notamment l'émergence du modèle public-public (1). Cette première partie est suivie d'une analyse du projet Sud-Nouvelle-Aquitaine en particulier, qui fait figure de prototype du modèle public-public du PIMM (2). La dernière partie s'intéresse aux limites de ce modèle, aux moyens de l'améliorer et à son éventuelle extension à d'autres spécialités (3).

### Méthodologie

Le présent mémoire a été rédigé selon la méthodologie suivante. En premier lieu, un travail de documentation générale a permis de cerner les grandes lignes du PIMM et d'avoir une vision générale des projets mis en œuvre en

---

<sup>3</sup> Constat posé par la Cour des comptes dans son rapport au Sénat de 2016 relatif à l'imagerie médicale

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

France. Quelques entretiens exploratoires<sup>5</sup> ont été menés dans ce cadre, auprès de mes collègues du Centre hospitalier de la Côte basque ainsi qu'auprès de M. Éric Cléro, chargé de mission à la Direction régionale des finances publiques des Hauts-de-France, qui a mené une étude à ce sujet en 2020.

Je me suis ensuite intéressé plus particulièrement au projet basco-landais, en conduisant une série d'entretiens semi-directifs avec les médecins, directeurs et autres personnels des établissements impliqués dans la construction de ce projet. Ces entretiens ont été complétés par une participation à quelques réunions inter-établissements relatives au PIMM pendant l'été 2021. J'ai également bénéficié, dans le cadre de mon stage de direction au Centre hospitalier de la Côte basque, d'un accès direct à l'ensemble des documents de travail relatifs au PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine, qui a servi de source principale à la plupart des développements concernant ce projet en particulier.

Enfin, une phase de recherche documentaire<sup>6</sup> m'a permis d'approfondir ma compréhension du dispositif législatif du PIMM, son intérêt par rapport à d'autres formes de coopération sanitaire et son appropriation par les acteurs de l'imagerie médicale. L'entretien réalisé avec Mme Violaine Mizzi, directrice adjointe du Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Tours, a complété cet approfondissement, en affinant ma vision du projet de PIMM tourangeau – le second projet public-public identifié.

---

<sup>5</sup> La liste des personnes interrogées dans le cadre de la rédaction de ce mémoire figure en annexe n° 13

<sup>6</sup> Cf. la bibliographie du présent mémoire.

# **1 Définition et mise en œuvre d'un mode de coopération ciblée sur l'imagerie médicale**

Le PIMM est un dispositif de coopération sanitaire destiné à renforcer l'offre d'imagerie médicale au niveau territorial, qui s'est structuré progressivement à partir de 2011. Aujourd'hui, une petite dizaine de projets de PIMM peuvent être répertoriés, avec des périmètres très variés et l'apparition récente d'un nouveau modèle : le PIMM public-public.

## **1.1 Genèse et constitution d'une modalité originale de coopération sanitaire**

Malgré les enjeux forts, propres à l'imagerie médicale en France, le PIMM a connu une genèse mitigée avant d'être consacré par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

### **1.1.1 Le PIMM, une réponse aux enjeux spécifiques de l'imagerie médicale**

En France, les spécialités médicales sont réparties dans une quarantaine de catégories, et il existe plusieurs modalités de coopération sanitaire permettant aux praticiens de l'une ou de plusieurs de ces spécialités d'exercer en commun leur activité, parmi lesquelles le groupement de coopération sanitaire (GCS), le groupement d'intérêt économique (GIE), les coopérations conventionnelles ou le groupement hospitalier de territoire (GHT) et le syndicat inter-hospitalier pour le secteur hospitalier. La création d'un mode de coopération spécifique à l'une de ces spécialités – la radiologie et l'imagerie médicale – mérite donc d'être interrogée.

Pour répondre à cette question, il convient de dresser un rapide panorama de l'imagerie médicale en France et de ses évolutions récentes. Depuis 2012, les effectifs de radiologues ont augmenté de 8,4 % en France, et s'établissent à 8 907

praticiens en 2021<sup>7</sup>. Cette augmentation a été sensiblement plus élevée que pour l'ensemble des spécialités médicales pendant la même période (5,6 %), mais elle n'a pas permis d'arrêter le vieillissement de cette population. L'âge moyen des radiologues passe en effet de 51 ans en 2012 à 52 ans en 2021<sup>8</sup>. La démographie des radiologues présente également d'importantes inégalités territoriales, avec une densité pour 100 000 habitants qui s'étend de 874 dans le département de Paris à 164 dans l'Eure, la moyenne s'établissant à 339 pour l'ensemble des départements<sup>9</sup>. Globalement, les espaces comportant les plus fortes densités de radiologues sont, comme pour l'ensemble des spécialités médicales, les métropoles, les grandes villes, les zones littorales et touristiques.

Enfin, l'imagerie médicale est marquée par un déséquilibre important concernant les modes d'exercice des praticiens. Sur les 8 907 radiologues recensés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), seuls 22,2 % exercent sous statut hospitalier exclusif, tandis que 74,8 % exercent une activité mixte ou libérale<sup>10</sup>. Ce déséquilibre s'explique en partie par les écarts de rémunération entre les radiologues qui exercent selon ces modes d'activité<sup>11</sup>. En effet, en 2013, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime que les radiologues libéraux ont perçu une rémunération annuelle moyenne, nette de charges, de 253 956 €. En comparaison, le Centre national de gestion (CNG) indiquait une rémunération annuelle moyenne de 96 046 € pour les radiologues hospitaliers exclusifs. À cet écart de rémunérations s'ajoutent les contraintes spécifiques liées à l'exercice hospitalier, comme la participation à la permanence des soins et aux gardes qu'elle implique, la nuit, le week-end et les jours fériés, et qui contribue au déséquilibre d'attractivité entre les modes d'exercice.

Les besoins d'actes d'imagerie connaissent quant à eux une forte augmentation depuis plusieurs années. Ceci s'explique en premier lieu par l'amélioration des techniques d'imagerie. Si les premiers clichés de radiologie ont

---

<sup>7</sup> DREES, *Démographie des professionnels de santé*, [en ligne], [consulté le 14/08/2021], disponible sur internet : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

<sup>8</sup> Id., *ibid.*

<sup>9</sup> Id., *ibid.*

<sup>10</sup> Id., *ibid.*

<sup>11</sup> Données issues du rapport de la Cour des comptes de 2016 relatif à l'imagerie médicale

été pris dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle en France, la technologie a connu des évolutions considérables jusque dans la période récente, comme en témoigne la variété des typologies d'examens : radiographie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), scanner, scintigraphie (qui relève de la médecine nucléaire) pour en citer les principales. Une autre évolution technique notable, directement liée à l'amélioration des technologies de l'information et de la communication, concerne le développement de la téléradiologie. Cette technique permet la consultation et l'interprétation à distance des images recueillies, grâce notamment à la mise en place d'un système d'information spécifique (PACS). L'assistance à l'interprétation d'images par des logiciels d'intelligence artificielle est un autre domaine technologique en plein développement de l'imagerie médicale.

Cette amélioration continue des techniques d'imagerie, conjuguée au développement et à l'utilisation d'appareils de plus en plus fiables et performants, a conduit à une forte augmentation de la demande. Aujourd'hui, les sociétés savantes des différentes spécialités médicales, tout comme la Haute autorité de santé (HAS), recommandent le recours à l'imagerie pour confirmer le diagnostic de nombreuses pathologies. Ce recours croissant aux examens d'imagerie pose d'ailleurs la question de leur pertinence, lorsqu'il est possible de leur substituer d'autres types d'examens<sup>12</sup>.

L'imagerie médicale doit en outre faire face à la montée en puissance de la radiologie interventionnelle, une surspécialité qui apparaît au milieu des années 1960. Selon l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), 545 000 actes de radiologie interventionnelle ont été pratiqués en 2009, ce chiffre étant en croissance de 30 % par rapport à 2007<sup>13</sup>. La radiologie interventionnelle est aujourd'hui indiquée dans le traitement de nombreuses pathologies, notamment en oncologie, dans les domaines cardio-vasculaire et gastro-entérologique et en neurologie.

---

<sup>12</sup> L'amélioration de la pertinence des actes d'imagerie est ainsi le premier axe d'amélioration mentionné par la Cour des comptes dans son rapport à la commission des affaires sociales du Sénat de 2016.

<sup>13</sup> IRSN, février 2014, *Radiologie interventionnelle* [en ligne], [visité le 15/08/2021], disponible sur internet : <https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Sante/exposition-patients-sante-radioprotection/radiologie-scanner/radiologie-interventionnelle/Pages/1-protéger-patients-rayonsX.aspx>

Ce panorama général de l'imagerie médicale, de ses évolutions récentes et de ses enjeux, permet de mieux cerner les motivations qui présidèrent à la création du PIMM. Du point de vue sanitaire, comme le souligne un rapport de la Cour des comptes de 2016, l'imagerie médicale incarne « une discipline structurante dans la mesure où la plupart des spécialités y ont recours, et où sa bonne organisation conditionne pour partie la qualité de prise en charge des patients »<sup>14</sup>. Le renforcement de l'offre d'imagerie paraît donc décisif pour la bonne prise en charge des pathologies dans l'ensemble des spécialités, et justifie la mise en place d'une modalité de coopération spécifique afin de l'optimiser.

Le PIMM cherche à atteindre cet objectif à l'aide de deux leviers spécifiques. Le premier concerne l'exploitation des possibilités offertes par la téléradiologie, qui facilite la coopération entre établissements et praticiens éloignés géographiquement. Le deuxième concerne les dérogations aux règles de rémunération statutaires et conventionnelles des praticiens, qui doit permettre de surmonter le déséquilibre entre les modes d'exercice libéral et hospitalier, afin d'associer les deux secteurs dans une même organisation. Une fois mis en place, le PIMM doit permettre d'améliorer la pertinence des actes, grâce au partage des résultats d'examens et à la réduction de la redondance des actes.

### **1.1.2 Les débuts du PIMM : une expérience qui n'aura jamais lieu**

Le plateau d'imagerie médicale mutualisé apparaît en 2011, dans une loi de modification de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009 (HPST)<sup>15</sup>. Il s'agit alors d'un dispositif expérimental, qui « a pour objet d'organiser la collaboration entre les professionnels et de favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale [et] d'améliorer la pertinence des examens d'imagerie. Les titulaires des autorisations contribuent à la permanence des soins en imagerie en établissement de santé »<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Cour des comptes, avril 2016, *L'Imagerie médicale*

<sup>15</sup> Article 33 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>16</sup> Article L.6122-15 du Code de la santé publique, dans sa version de 2011

Le dispositif législatif prévoit alors un décret d'application pour entrer en vigueur, mais celui-ci ne sera jamais publié. Il faut attendre 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé<sup>17</sup> pour que le PIMM entre réellement en vigueur, avec sa pérennisation à l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, et la suppression de la référence à un décret d'application.

Ce curieux processus normatif mérite un commentaire. En premier lieu, il est un exemple frappant des conséquences de l'inflation normative, telles que décrites, notamment, dans plusieurs études du Conseil d'État<sup>18</sup>. Cette inflation touche en particulier le secteur de la santé. En effet, selon la Direction de l'information légale et administrative (DILA)<sup>19</sup>, en 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé était l'auteur de 2 940 textes publiés au Journal officiel de la République française (11,8 % de l'ensemble des textes), se plaçant ainsi à la deuxième place des ministères les plus productifs, derrière le ministère de la Justice. Cette situation n'est pas nouvelle : en 2012, 25 % des 32 631 textes publiés au Journal officiel étaient issus du ministère des Affaires sociales et de la Santé<sup>20</sup>. Malgré cette activité massive, la loi du 10 août 2011 faisait encore partie, en 2013, des près de 270 lois dont tous les textes d'application n'avaient pas encore été pris par le Gouvernement, selon le rapport du Sénat du 17 juin 2017<sup>21</sup>.

L'article 33 de la loi du 10 août 2011 a donc fini par entrer en désuétude, d'après un mécanisme explicité dans ce même rapport : « Le taux de mise en application du "stock ancien" [...] végète et n'enregistre aucun progrès significatif par rapport aux années précédentes. Cette situation, qui tient principalement aux changements de priorités politiques survenus dans l'intervalle, aboutit à ce qu'une loi non mise en application rapidement risque fort, au bout de quelques années, de tomber aux oubliettes réglementaires ». Cette désuétude fut même accélérée par la formulation du texte de loi, qui prévoyait une échéance de l'expérimentation dans un délai de deux ans après la promulgation de la loi qui la prévoyait.

---

<sup>17</sup> Article 113 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>18</sup> Conseil d'État, 1991, *De la Sécurité juridique* ; id., 2006, *Sécurité juridique et complexité du droit* ; id., 2016, *Simplification et qualité du droit* ; id., 2018, *Mesurer l'inflation normative*

<sup>19</sup> DILA, mai 2021, *Rapport d'activité 2020*

<sup>20</sup> DILA, juin 2013, *Rapport d'activité 2012*

<sup>21</sup> Sénat, 17 juin 2014, *Rapport d'information sur l'application des lois*

En second lieu, ce processus normatif interroge l'usage qui est fait par le Gouvernement et par le législateur de la faculté, posée à l'article 37-1 de la Constitution du 4 octobre 1958, de prendre des dispositions à caractère expérimental dans les textes législatifs et réglementaires. Pourquoi avoir rendu expérimental le dispositif du PIMM en 2011, avant de le pérenniser en 2016, sans même que celui-ci ait pu entrer préalablement en vigueur ? Loin de consacrer la réussite d'une expérimentation, la réforme des dispositions relatives au PIMM de 2016 témoigne ainsi d'une réponse législative aux difficultés rencontrées par l'exécutif dans la publication de l'ensemble des textes d'application qu'impliquent les lois promulguées.

Ce processus particulier d'élaboration des textes normatifs qui définissent le PIMM explique à la fois certaines de ses caractéristiques et le développement qu'il connaîtra. L'absence de texte réglementaire venant préciser « les conditions de mise en œuvre » de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique a ainsi contribué à la grande flexibilité du dispositif, qui n'est conditionné que par les termes généraux de la loi. C'est cette généralité qui laisse une grande liberté d'interprétation et d'application du texte aux acteurs intéressés. En outre, faute d'expérimentation, le texte n'a pas pu être amélioré pour s'adapter aux difficultés observées. Cette lacune explique en partie la prudence avec laquelle les établissements de santé se saisissent de ce dispositif, et les difficultés qu'ils rencontrent pour faire aboutir rapidement les projets initiés.

Au fond, comme le souligne Brigitte de Lard-Huchet<sup>22</sup>, le PIMM reste, pour les acteurs de l'imagerie médicale, un objet juridique étrange, qui promet beaucoup et qui interroge davantage. Telle est l'ambiguïté d'un dispositif qui a été perçu comme suffisamment nécessaire par les pouvoirs publics pour être sauvé des « oubliettes réglementaires »<sup>23</sup>, mais pas assez prioritaire pour qu'ils se donnent les moyens de ciseler ses conditions de mise en œuvre.

---

<sup>22</sup> LARD-HUCHET B., *ibid.*

<sup>23</sup> Sénat, *ibid.*

### **1.1.3 Le dispositif consacré par la loi de modernisation de notre système de santé**

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé pérennise et relance le PIMM, tel que défini à l'article L.6122-15 du Code de la santé publique. Ce texte connaîtra toutefois encore trois modifications ultérieures : en 2018, en 2019 et en 2021. Parmi les évolutions notables, il convient de mentionner deux modifications. La première consiste, en 2018, en l'ajout de la référence à un décret pour préciser les modalités de participation à un PIMM des hôpitaux des armées. La deuxième marque, en 2021, le passage de la durée des autorisations de PIMM accordées par l'ARS, de cinq à sept ans renouvelables.

Cette extension de la durée des autorisations de PIMM tient au constat d'une durée de maturation qui a tendance à s'allonger pour les projets en cours. Cela est dû en premier lieu aux effets de l'épidémie COVID-19, qui a considérablement paralysé les projets jugés non urgents par les hôpitaux en 2020 et en 2021. Au-delà de cette crise conjoncturelle, les projets de PIMM ont gagné en diversité, en ampleur – l'exemple de la téléradiologie à l'échelle de la Bretagne<sup>24</sup> est frappant à ce titre – et en complexité. Dans les territoires où les possibilités organisationnelles offertes par le PIMM étaient les plus attendues, à la fois pour l'imagerie privée et pour l'imagerie publique, la structuration des PIMM a pu progresser rapidement pour répondre à des enjeux pressants et immédiats. Les projets ultérieurs, sans doute moins justifiés par la nécessité, se trouvent exposés à des périodes plus longues de négociation entre les parties, qui peuvent avoir besoin de temps pour évaluer les avantages et les inconvénients de chaque modalité de coopération.

Tous ces éléments font que l'allongement de la durée des autorisations de PIMM données par les ARS paraît nécessaire pour laisser le temps aux projets d'aboutir, et d'avoir une chance d'être placés en situation réelle de fonctionnement avant renouvellement éventuel.

---

<sup>24</sup> Cf. le titre 1.2.2.

Les dispositions de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique prévoient que le PIMM comporte au moins un établissement de santé, ainsi que « plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale ». Au sein des GHT, le PIMM ne peut être autorisé que si l'organisation commune des activités d'imagerie entre établissements parties « ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire ».

L'autorisation est donnée par l'ARS, qui examine ensuite le projet de coopération transmis par les titulaires des autorisations d'équipements d'imagerie. Le projet doit être compatible avec les orientations du Schéma régional de santé. En pratique, cela se traduit par la réponse à des appels à projets dont les modalités sont définies préalablement entre les ARS et les intéressés.

Les titulaires des autorisations de PIMM doivent ensuite transmettre à l'ARS un rapport d'étape annuel sur l'avancée du projet, ainsi qu'un rapport final. Ces rapports comportent notamment des évaluations médicales et économiques, même si de telles évaluations sont généralement exigées dès l'appel à projets.

L'intérêt principal du PIMM réside dans l'avant-dernier paragraphe de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, qui prévoit que « les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles ». Une réserve aux dépassements de tarifs est toutefois précisée pour les prises en charge urgentes, ainsi que pour les bénéficiaires de la complémentaire solidaire santé (CSS).

La rédaction de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique appelle quelques commentaires d'ordre légistique. Composé de 402 mots, il s'agit d'un article relativement long qui, toutefois, reste assez général et ne présente pas beaucoup de détails – sa structure interne ne nécessite aucune numérotation particulière –. La rédaction actuelle est d'ailleurs très proche de celle prévue par le dispositif expérimental de 2011, qui comporte exactement le même nombre de mots alors que le dernier paragraphe mentionne des conditions de mise en œuvre

« précisées par voie réglementaire » ; précisions qui ont donc été abandonnées par la suite. Ce constat renforce l'impression d'inachèvement du dispositif.

La formulation de certains paragraphes manque de précision et expose le texte à plusieurs interprétations concurrentes, ou en tout cas à des difficultés de lecture. S'agissant des équipements mentionnés dans le premier paragraphe, la valeur de la conjonction « ou » est ainsi incertaine : traduit-elle une alternative uniquement entre les équipements d'imagerie interventionnelle et « tout autre équipement d'imagerie médicale », ou concerne-t-elle également les « équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents » ? Autrement dit, un projet de PIMM doit-il, pour être valable, comporter obligatoirement « plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents », ainsi que tout autre équipement d'imagerie médicale, ou est-ce que tout type d'équipement d'imagerie médicale, même léger, permet la création d'un PIMM ? Le sens littéral du texte tendrait vers l'interprétation la plus libérale, mais dans ce cas, pourquoi le législateur ne précise-t-il pas tout simplement que le PIMM comporte « tout type d'équipement d'imagerie médicale », plutôt que de procéder à une énumération redondante comportant un risque de sous-estimation du périmètre du PIMM ?

Ces réserves d'ordre légistique n'entachent toutefois pas l'intérêt que représente le PIMM pour les acteurs de l'imagerie médicale. La question du périmètre défini par le premier alinéa de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique ne se pose d'ailleurs pas vraiment en pratique, dès lors que l'ensemble des projets de PIMM connus comportent plusieurs équipements lourds d'imagerie. Elles révèlent surtout un changement stratégique : d'un dispositif expérimental devant être précisé par décret, le PIMM passe, en 2016, à un dispositif pérenne et souple, dont la définition des conditions de mise en œuvre est déléguée aux porteurs de projets eux-mêmes.

## **1.2 Les PIMM en pratique : un paysage contrasté**

En France, à l'été 2021, un total de onze projets de PIMM peuvent être répertoriés, dont seuls quatre ont été achevés.

### 1.2.1 Quatre PIMM achevés

Quatre de ces projets de PIMM ont abouti à ce jour : celui porté par le GCS d'imagerie du Santépôle de Seine-et-Marne, le PIMM Grand Paris Nord Est, celui porté par le Groupement d'imagerie médicale Centre hospitalier Agen-Nérac (GCS) et le PIMM Sud Lorraine. Toutes ces initiatives ont pour caractéristique commune d'associer des acteurs privés et publics d'imagerie médicale dans un même territoire.

Le projet du Santépôle de Seine-et-Marne occupe une place emblématique, car il s'agit du premier PIMM institué en France. Il réunit le Groupe hospitalier Sud-Île-de-France, une clinique privée et une société privée d'imagerie au sein d'un même GCS, avec un point d'entrée unique pour les patients. Cette collaboration public-privé est visible architecturalement, à travers le Santépôle qui abrite dans un même bâtiment les services de la clinique et ceux de l'hôpital. Le PIMM occupe une position centrale dans cette configuration, en proposant un service d'imagerie unifié à la population, abritant des radiologues à la fois libéraux et hospitaliers.

L'exemple du Santépôle de Melun permet toutefois de constater que le PIMM public-privé ne permet pas toujours de proposer un service unifié dans l'ensemble des modalités de prise en charge. En termes de financement notamment, il convient de noter que la plupart des radiologues libéraux de l'équipe médicale pratiquent des dépassements d'honoraires, ce qui n'est pas le cas des radiologues hospitaliers. Ainsi, l'existence d'un point d'entrée unique et d'une même équipe médicale organisée de manière unifiée autour du plateau d'imagerie ne suffit pas à assurer un service indifférencié au patient. En fonction de ses capacités de financement, directes ou via les organismes financeurs (assurance maladie, mutuelles), un patient peut donc préférer avoir recours à un praticien relevant de l'un ou de l'autre secteur.

Ce constat pourrait jouer en faveur du modèle public-public du PIMM, dès lors que dans ce cas, l'ensemble des radiologues exerçant, par hypothèse, sous statut public, la question des dépassements d'honoraires ne se pose pas.

### 1.2.2 Sept PIMM en projet ou à l'étude

Parmi les projets en cours ou à l'étude, il convient de citer les PIMM Nord-Ardenne, celui du GHT de la Sarthe, les projets de téléradiologie en Bretagne et dans les Hauts-de-France et les PIMM de Tours, de Montpellier et de Guadeloupe.

Ces projets présentent une très grande diversité, qui souligne la flexibilité autorisée par l'article L.6122-15 du Code de la santé publique : alors que certains ne dépassent pas les limites d'un seul GHT, d'autres associent les établissements de santé à l'échelle d'une région.

Tel est le cas de la Bretagne, où un projet de téléradiologie est en cours de finalisation, soutenu par la FHF Bretagne. Il regrouperait des acteurs publics comme privés, structurés par département. Dans ce cadre, les dérogations statutaires permises par le PIMM sont envisagées pour assurer une rémunération équitable des praticiens.

Ce projet fait toutefois figure d'exception par son ampleur. Le périmètre des PIMM dépasse en effet rarement le territoire d'un GHT, voire d'un établissement public de santé et de ses partenaires immédiats.

Au-delà de ces projets connus, de nombreux hôpitaux étudient, de manière plus ou moins confidentielle, l'opportunité qu'ils auraient à mutualiser leurs ressources d'imagerie avec d'autres acteurs ; le panorama présenté ici est donc loin d'être exhaustif.

Le PIMM basco-landais est dans une situation particulière : autorisé par une décision de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 21 août 2019, sa mise en œuvre pratique a commencé, avec notamment une activité de permanence des soins commune entre les hôpitaux de Bayonne, de Dax et de Saint-Palais depuis 2020.

### **1.3 Le PIMM public-public : émergence d'un nouveau modèle**

Après la mise en place de plusieurs projets public-privé, le PIMM connaît un renouveau avec l'émergence du modèle public-public, qui marque un changement de stratégie dans la structuration de l'offre d'imagerie au niveau territorial.

#### **1.3.1 Un recentrage sur le secteur public motivé par les limites du modèle public-privé**

Tout comme les quatre PIMM actuellement achevés, les projets de PIMM actuellement à l'étude sont, pour la plupart, des initiatives public-privé, à l'exception du projet porté par le CHRU de Tours et du projet basco-landais.

Le projet tourangeau associerait deux établissements du GHT Touraine-Val-de-Loire : le CHRU de Tours, établissement support du GHT, et le Centre hospitalier de Loches, avec lequel il est en direction commune.

Le projet basco-landais associe quant à lui quatre établissements publics de santé : le Centre hospitalier de la Côte basque et le Centre hospitalier de Saint-Palais d'une part, établissements en direction commune au sein du GHT Navarre-Côte basque, et d'autre part, le Centre hospitalier de Dax et le Centre hospitalier de Mont-de-Marsan, établissements parties du GHT des Landes. Le projet basco-landais se distingue donc par son caractère public-public, encore inédit, mais aussi par l'association d'établissements appartenant à deux GHT voisins, dans deux départements différents. Par son périmètre, qui vise à offrir un service d'imagerie médicale à un bassin de population de 700 000 habitants, ce projet fait donc figure de première mise à l'épreuve du modèle public-public du PIMM.

Ces deux initiatives révèlent ainsi l'intérêt croissant des hôpitaux pour la mutualisation de ressources d'imagerie entre établissements publics de santé, alors que la logique du PIMM était nettement tournée vers les collaborations public-privées à l'origine du dispositif. Dans cette configuration, le PIMM peut être vu comme un moyen de restructurer l'offre publique d'imagerie, tout en laissant

ouverte la possibilité d'intégrer ultérieurement au dispositif les acteurs privés du territoire.

Le PIMM public-public présente également l'avantage d'une simplification de la démarche, compte tenu notamment des coûts de négociation évoqués précédemment. On peut penser en effet que des établissements publics de santé, même distincts et appartenant à des GHT différents, rencontrent des difficultés similaires tout en ayant des objectifs et des modalités de fonctionnement proches. Cette proximité représente un atout décisif dans la conduite d'un projet aussi délicat que celui de la constitution d'un PIMM, qui nécessite un engagement fort et continu des diverses parties prenantes pour aboutir.

Cette exigence d'un engagement fort, allié aux incertitudes liées à la gouvernance du PIMM, explique en partie les réticences du secteur privé à s'emparer du dispositif. La Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) – principale organisation représentant les radiologues libéraux – a ainsi déconseillé le recours à ce mode de coopération, en raison notamment de l'incertitude sur l'avenir des autorisations d'équipements et matériels lourds<sup>25</sup>. Face à ces réticences, le modèle public-privé n'a connu qu'un succès limité jusqu'à présent, ce qui ouvre la voie au modèle public-public pour relancer le dispositif.

### **1.3.2 Un changement de stratégie pour structurer l'offre d'imagerie au niveau territorial**

Par rapport au modèle public-privé, le PIMM public-public procède d'une stratégie différente pour atteindre son objectif de restructuration de l'offre d'imagerie par la coopération entre les acteurs d'un même territoire.

Lors de sa création en 2011, puis au moment de sa pérennisation par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, la logique du PIMM était d'associer directement les acteurs publics et privés d'un territoire dans le but de

---

<sup>25</sup> M. F., 12 avril 2018, « Les plateaux mutualisés d'imagerie, une nouveauté qui divise », *Le Quotidien du médecin*, n° 9 656

proposer un service commun à la population. Cette organisation est particulièrement adaptée aux territoires dont la démographie de radiologues est faible, avec des services d'imagerie qui peinent à recruter, à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Dans ce cadre, le PIMM permet la constitution d'équipes médicales plus importantes, ce qui facilite l'organisation de la permanence des soins, tout en renforçant l'attractivité médicale grâce à l'introduction de modalités de rémunération dérogatoires. La coopération entre les secteurs public et privé est ainsi directement organisée, ce qui a pour effet d'homogénéiser les modalités de prise en charge et de fluidifier les parcours patients.

Cette coopération public-privé révèle toutefois des limites dans les territoires qui gardent une certaine attractivité pour les radiologues, ou qui connaissent un déséquilibre important entre l'attractivité du secteur public et celle du secteur privé. Sans difficulté majeure de recrutement, les structures d'imagerie privées peuvent en effet ne pas voir l'intérêt d'une association avec le secteur public. Au contraire, cette collaboration peut être vue comme une source de contraintes sans avantage perçu pour les praticiens : minoration des rémunérations, en dépit des dérogations statutaires ; participation à la permanence des soins et aux gardes qu'elle implique ; perte de contrôle de l'organisation du service.

À l'inverse, la plupart des établissements publics concernés, qui connaissent des tensions plus ou moins graves dans le recrutement des radiologues<sup>26</sup>, perçoivent nettement l'intérêt du PIMM pour renforcer leur attractivité et répondre à leur obligation de permanence des soins. Les dérogations statutaires qu'autorise le PIMM représentent en effet pour eux une garantie de proposer des rémunérations revalorisées à leurs praticiens. Bien menée, la mutualisation doit en outre permettre d'optimiser l'allocation des ressources matérielles et humaines, et de réaliser des économies d'échelle permettant de rééquilibrer financièrement le projet public-public.

---

<sup>26</sup> Selon les *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires* du CNG au 1<sup>er</sup> janvier 2021, le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein est de 43,4 % en imagerie médicale. Il s'agit du taux le plus élevé de l'ensemble des spécialités hospitalières.

Ce modèle public-public incarne toutefois un changement de stratégie par rapport au modèle public-privé. En assurant une coopération qui décloisonne chaque secteur et qui permet une convergence des modalités de prise en charge, le PIMM public-privé conduit en effet à un rééquilibrage des moyens entre l'imagerie publique et l'imagerie privée sur un mode collaboratif.

Le modèle public-public procède d'une logique différente, voire opposée. Il procède en effet à un rééquilibrage entre l'attractivité du secteur privé et celle du secteur public sur un mode compétitif, via la seule coopération entre établissements publics. Malgré l'affichage d'une main tendue vers le secteur privé, ce modèle comporte donc un risque de renforcement du cloisonnement entre les deux secteurs, au détriment de la fluidité des parcours de soins et à l'opposé des pratiques communes développées dans le cadre du PIMM public-privé.

Cette situation peut toutefois être vue comme une première étape, avant l'association ultérieure des acteurs privés, qui pourraient voir un intérêt dans leur intégration au PIMM si celui-ci atteignait des gains d'attractivité suffisants, à la fois pour les patients et pour le personnel médical. Une telle éventualité consacrerait par ailleurs la réussite du projet et le ferait revenir à une application plus orthodoxe de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique.

Mais le risque serait alors que les établissements publics parties au PIMM ne trouvent pas un avantage suffisant à l'intégration d'acteurs privés au dispositif. La gouvernance serait en effet complexifiée, et partagée avec des partenaires dont les objectifs pourraient diverger, ce qui réduirait les possibilités d'évolution du PIMM. La prise de tels risques paraît incertaine pour des établissements publics qui auraient retrouvé, par hypothèse, leurs marges de manœuvre en termes d'attractivité et d'organisation de la permanence des soins. Les contraintes pratiques à l'intégration de structures privées à un PIMM public pourraient même suffire à dissuader de tels rapprochements (existence d'une comptabilité publique, modes de rémunération...). Pour toutes ces raisons, le PIMM public-public ne peut être considéré comme un simple préalable à la structuration de collaborations public-privé, mais doit être pensé comme un mode d'organisation du PIMM à part entière.

## **1.4 Le PIMM public-public face à d'autres modes de coopération sanitaire**

L'articulation du PIMM public-public avec d'autres modes de coopération sanitaire mérite d'être examinée dans deux cas particuliers : le GCS et le GHT.

### **1.4.1 PIMM et GCS**

L'opposition entre PIMM et GCS parmi les modes de coopération sanitaire ne va pas de soi, dès lors que le GCS est souvent choisi comme support juridique au PIMM. Il existe toutefois des GCS organisant une offre d'imagerie médicale entre plusieurs acteurs et qui n'entrent pas dans la catégorie des PIMM tels que définis à l'article L.6122-15 du Code de la santé publique. De même, tous les PIMM ne prennent pas la forme de GCS ; il existe notamment des modèles de PIMM conventionnels.

Depuis son entrée en vigueur en 2016, le PIMM n'est pas devenu l'alpha et l'oméga de la coopération sanitaire en imagerie. Certains projets de coopération sont ainsi nés sous forme de GCS dans la période récente, et ne voient pas la transformation en PIMM comme une évolution logique ou nécessaire. Tel est le cas du GCS SIMS (Spécialistes en imagerie médicale de Saintonge), autorisé en avril 2021 et qui a permis de mutualiser les ressources matérielles et humaines des quatre établissements parties du GHT de Saintonge.

La totalité des praticiens de ce GCS exerçant sous statut libéral, les possibilités de dérogations statutaires et conventionnelles offertes par le PIMM ne sont ainsi pas perçues comme déterminantes, dès lors que les possibilités d'activité mixte permettent une souplesse suffisante d'organisation. Dans ce projet, ce sont surtout la convergence des modalités de prise en charge, le développement de surspécialités et la coopération entre établissements d'un même GHT qui sont mis en avant, plus que les questions de rémunération.

À l'inverse, le PIMM peut être vu comme une évolution souhaitable de certains GCS, y compris des GCS privés. Tel est le cas du GCS « Alli@nce

imagerie », au Centre hospitalier de Perpignan, qui voit avec le PIMM une possibilité de collaboration avec les praticiens hospitaliers, de développement de surspécialités et d'ouverture à la radiologie interventionnelle<sup>27</sup>.

Le PIMM peut donc être vu comme un attribut possible pour les GCS d'imagerie, que ce soit au moment de leur création, ou ultérieurement, comme une modalité d'évolution.

#### 1.4.2 PIMM et GHT

Depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>28</sup>, le III. de l'article L.6132-3 du Code de la santé publique dispose que « Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire et les hôpitaux des armées associés au groupement organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement [...] ».

Ainsi, au sein du GHT, l'organisation commune des activités d'imagerie est une obligation de droit commun, qui s'applique hors de toute référence au PIMM. Dans le dispositif de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, le PIMM est ainsi défini comme une modalité d'organisation dérogatoire aux dispositions du III. de l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, pour les GHT, et ce dans deux hypothèses : premièrement, lorsque cette organisation commune des activités d'imagerie au niveau du GHT « ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire », deuxièmement, lorsque cette organisation commune n'a pas pu être mise en œuvre dans les délais fixés par la convention constitutive du GHT.

Au sein du GHT, le PIMM doit donc être conçu comme une modalité de coopération de second recours, soit pour faciliter les rapprochements entre établissements parties dans l'organisation commune de l'offre d'imagerie, soit

---

<sup>27</sup> FERRAND C., 11 avril 2020, « À Perpignan, l'imagerie hospitalière est l'affaire des libéraux », *Docteur imago* [en ligne], [visité le 14/08/2021], disponible sur internet : <https://docteurimago.fr/management/a-perpignan-limagerie-hospitaliere-est-laffaire-des-liberaux/>

<sup>28</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

pour aider les établissements parties à répondre aux besoins de santé du territoire lorsque l'organisation commune des activités d'imagerie n'y suffit pas.

Le niveau de rigueur avec lequel ce positionnement du PIMM comme mode de coopération de second recours est appliqué au sein des GHT paraît toutefois relatif. L'exemple tourangeau témoigne en effet d'une approche avant tout pragmatique de l'ARS, qui autorise la restructuration de l'imagerie publique au terme d'une analyse finaliste. Le PIMM est ainsi perçu comme une modalité de coopération facilitante pour les établissements du GHT : la validité de la réponse qu'ils ont fournie à l'appel à projets de l'ARS n'a pas été conditionnée à la justification de difficultés particulières rendant impossible la mise en commun de ressources d'imagerie dans le seul cadre du groupement.

## **2 Le projet Sud-Nouvelle-Aquitaine, prototype du PIMM public-public**

Le PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine est motivé par deux principaux objectifs pour les établissements parties : renforcer l'attractivité médicale et assurer une permanence des soins efficiente. Ce projet doit également aboutir à une meilleure prise en charge des besoins d'imagerie médicale du territoire, grâce à ce qu'illustre en détail le projet mis en place.

### **2.1 Des objectifs institutionnels clairs : renforcer l'attractivité des établissements parties et assurer une permanence des soins efficiente**

Jeu à somme positive, le PIMM offre des avantages organisationnels à la fois au GHT des Landes et au GHT Navarre-Côte basque, même si tous les établissements n'en attendent pas exactement les mêmes bénéfices<sup>29</sup>.

#### **2.1.1 Pour les établissements du GHT des Landes**

Le GHT des Landes est structuré autour de deux établissements principaux : le Centre hospitalier de Dax et le Centre hospitalier de Mont-de-Marsan qui en est l'établissement support. Ces deux hôpitaux ont donc pour mission de répondre aux besoins de santé d'un territoire important, le département des Landes étant le deuxième département de France métropolitaine en termes de superficie, et le cinquante-neuvième en termes de population.

Or cette situation géographique s'accompagne d'une attractivité médicale inégale dans le territoire. Les médecins généralistes libéraux se concentrent dans les villes principales que sont Dax et Mont-de-Marsan, ainsi que sur le littoral<sup>30</sup>. Une partie du sud du département des Landes est marquée « zone d'intervention prioritaire » en raison de son manque de médecins. La carte de la densité

---

<sup>29</sup> Une fiche d'identité des établissements membres du PIMM figure en annexe n° 1

<sup>30</sup> Voir la carte en annexe n° 11

médicale<sup>31</sup> révèle des écarts de zéro à huit omnipraticiens libéraux pour 10 000 habitants autour de Dax et de Mont-de-Marsan.

Cette situation s'est ressentie au niveau de l'attractivité des radiologues, avec des difficultés importantes de recrutement qui ont pu être partiellement réduites ces dernières années. Les hôpitaux de Dax et de Mont-de-Marsan se trouvent en effet dans un territoire qui connaît un important déséquilibre entre l'activité publique et l'activité libérale en imagerie. Selon la DREES, en 2021, sur 42 radiologues inscrits dans le département des Landes, seuls 4 sont hospitaliers exclusifs, 8 sont en exercice mixte et 30 sont des libéraux exclusifs<sup>32</sup>. La concurrence du secteur privé est de ce fait importante pour l'imagerie médicale publique, qui a conclu des partenariats afin de répondre à ses besoins et à l'organisation de la permanence des soins.

Pour les centres hospitaliers de Dax et de Mont-de-Marsan, le premier intérêt du PIMM est donc de pouvoir assurer la permanence des soins d'imagerie en interne, sans avoir recours au secteur privé, dont les prestations représentent un surcoût élevé par rapport au secteur public. Selon les calculs de la direction des affaires financières de l'hôpital de Mont-de-Marsan, le recours à la téléradiologie publique dans les conditions prévues par le PIMM aboutirait en effet à une division par cinq du coût des actes par ETP.

Le PIMM peut aussi renforcer l'attractivité des emplois de radiologues des établissements du GHT des Landes. D'une part avec la possibilité qu'il offre d'exercer sur plusieurs sites, dont celui de Bayonne. D'autre part avec la structuration d'une équipe commune d'une vingtaine de radiologues, qui permettra le développement d'une émulation professionnelle dans les différentes surspécialités concernées. La possibilité de travailler au sein d'équipes importantes et diversifiées constitue en effet l'un des principaux avantages d'attractivité du secteur public par rapport au secteur privé pour les médecins<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Cf. annexe n° 12

<sup>32</sup> DREES, id.

<sup>33</sup> LE MENN J. et CHALVIN P., juin 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, rapport remis au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Plusieurs radiologues employés par les hôpitaux de Bayonne, de Mont-de-Marsan et de Dax pratiquent déjà leur spécialité dans une logique territoriale, en effectuant des vacations dans un autre établissement. Cette logique serait renforcée dans le cadre du PIMM, et organisée en fonction des surspécialités de chacun<sup>34</sup>.

### **2.1.2 Pour les établissements du GHT Navarre-Côte basque**

Le Centre hospitalier de la Côte basque est un hôpital de taille intermédiaire. Sa situation géographique d'éloignement des CHU (Bordeaux est à 190 km, Toulouse à 300 km) a conduit à y développer une offre de soins relativement technique compte tenu de son statut et de son positionnement : maternité de niveau 3, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire...

Situé à Bayonne, cet établissement bénéficie d'une forte attractivité liée à son environnement géographique : la zone très touristique du littoral basque, proche de la frontière espagnole et des Pyrénées.

Le Centre hospitalier de la Côte basque subit surtout la concurrence du secteur privé pour se développer. Au sein de son territoire et jusque dans le sud des Landes au nord et au territoire Béarn-Soule à l'est, il se trouve sans concurrence publique. Le GHT Navarre-Côte basque, dont il est l'établissement support, présente en effet une forte intégration, avec une direction commune à l'ensemble des établissements parties et un partage de l'ensemble des directions fonctionnelles. En dehors de l'établissement support, les deux établissements parties sont issus de cliniques privées transformées en établissements publics (le Centre hospitalier de Saint-Palais et l'établissement public de santé (EPS) de Garazi), qui assurent une offre de proximité et bénéficient de l'exercice territorial des équipes basées à Bayonne.

Le Centre hospitalier de la Côte basque est en bonne santé financière, avec une capacité d'autofinancement appréciable et des excédents budgétaires

---

<sup>34</sup> Cf. la partie relative au projet médical

réguliers, ce qui lui permet d'avoir des marges de manœuvre pour ses politiques d'investissement et de recrutement.

Tous ces éléments font que l'hôpital de Bayonne est un établissement plutôt attractif pour les médecins. Mais en dépit de cette attractivité naturelle, cet hôpital connaît des tensions dans le recrutement de médecins radiologues. La création du PIMM représente donc pour cet établissement un enjeu d'attractivité, dans une moindre mesure que pour les centres hospitaliers de Dax, de Mont de Marsan et de Saint-Palais.

Le renforcement de cette attractivité se manifesterait par le passage à une nouvelle échelle de prise en charge populationnelle pour l'équipe en place, avec un bassin de recrutement de la patientèle qui passerait de 300 000 à 700 000 habitants. D'autre part, le PIMM permet d'augmenter le nombre de correspondants pour les spécialistes, ainsi que le niveau de recrutement pour les équipes de surspécialités, ce qui leur permettra de monter en compétence.

Enfin, l'ouverture de deux gardes sur place à Bayonne est un atout majeur pour la qualité de prise en charge et l'amélioration des conditions de travail des radiologues. Les deux praticiens présents pourront proposer des surspécialités complémentaires et s'épauler pendant leur garde, afin de maintenir un haut niveau d'excellence à toute heure du jour et de la nuit.

Le Centre hospitalier de Saint-Palais est quant à lui, issu de la transformation d'une clinique privée en établissement public de santé en 2013. En lien avec le Centre hospitalier de la Côte basque et l'EPS de Garazi, avec lesquels il est en direction commune, il constitue une offre de soins de proximité dans le Pays basque intérieur (médecine, urgences, maternité, chirurgie, imagerie). L'utilisation des équipements d'imagerie de l'hôpital est partagée entre les radiologues publics et des praticiens libéraux.

L'ensemble des radiologues qui interviennent au Centre hospitalier de Saint-Palais exercent à Bayonne et s'inscrivent ainsi dans la logique territoriale du pôle inter-établissement auquel ils appartiennent. Le PIMM ne visera ainsi pas à favoriser directement les recrutements médicaux à l'hôpital de Saint-Palais, mais

plutôt à renforcer l'équipe territoriale du pôle imagerie. Cette démarche permettra d'optimiser l'utilisation des équipements d'imagerie pendant les périodes réservées à l'activité publique.

## **2.2 Vers une meilleure prise en charge des besoins d'imagerie dans le territoire basco-landais**

Le PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine ne comporte pas que des avantages institutionnels, mais correspond à une amélioration de la prise en charge des patients du territoire basco-landais, en s'adaptant au bassin de population.

### **2.2.1 La structuration d'une offre d'imagerie adaptée aux bassins de population**

Le PIMM basco-landais doit permettre de mieux répondre à une exigence rencontrée par la plupart des administrations publiques : l'adaptation des frontières administratives aux bassins de population.

En effet, la mutualisation des ressources d'imagerie publique des territoires landais et Navarre-Côte basque aboutit à une mise en cohérence de l'offre médicale avec le périmètre de recrutement de chaque équipe. Ce résultat est particulièrement visible si l'on analyse les files actives de chaque établissement. Un exemple révélateur : près d'un cinquième des patients pris en charge par le service d'imagerie du Centre hospitalier de la Côte basque sont originaires du territoire des Landes<sup>35</sup>.

Plus généralement, la mise en place du PIMM correspond à la structuration d'une même équipe de radiologues pour une population d'environ 700 000 habitants. Ce changement d'échelle permettra, dans chaque type de prise en charge, d'atteindre un niveau de recrutement suffisant pour développer pleinement

---

<sup>35</sup> Voir l'annexe n° 6

les surspécialités des praticiens. Cette situation est en effet une condition au développement de filières spécifiques liées à certains types de pathologies<sup>36</sup>.

L'analyse démographique de l'espace basco-landais<sup>37</sup> permet toutefois de constater l'existence d'une continuité de bassins de vie notables entre les Landes et le Béarn. Dans la perspective de la recherche d'un périmètre optimal du PIMM, l'intégration du GHT Béarn-Soule<sup>38</sup> paraît donc justifiée, et renforcerait la cohérence territoriale du projet Sud-Nouvelle-Aquitaine. Cette configuration correspondrait à un changement d'échelle, organisé autour de trois pôles positionnés à équidistance (environ 1h30 de voiture entre Pau, Bayonne et Mont-de-Marsan) et s'appuyant sur les sites situés à distance intermédiaire.

### **2.2.2 Une amélioration attendue de la qualité de prise en charge grâce au renforcement des équipes et de leurs compétences**

Au Centre hospitalier de la Côte basque, comme en CHU, toutes les vacations d'imagerie sont réglées en surspécialités. La mutualisation des équipes et des équipements dans le cadre du PIMM permettra de renforcer cette surspécialisation, en particulier la nuit, le week-end et les jours fériés dans le cadre de la permanence des soins (surspécialité d'imagerie des urgences).

L'ensemble du territoire Navarre-Côte basque bénéficie déjà de l'expertise reconnue de l'hôpital de Bayonne en radiologie interventionnelle. Grâce au PIMM, cette expertise pourra également bénéficier à l'ensemble des patients du territoire des Landes.

Au-delà de la montée en compétence des équipes via le développement des surspécialités, le PIMM pourrait améliorer la qualité du service rendu, grâce à la seule réduction du recours à l'imagerie privée. Dans la plupart des cas, l'offre privée permet de répondre de manière satisfaisante, voire avec un haut niveau de qualité, aux demandes d'examens des hôpitaux du territoire considéré,

---

<sup>36</sup> Voir le détail de l'organisation des différentes surspécialités au point 2.4.2.

<sup>37</sup> Cf. la carte du bassin de population basco-landais en annexe n° 10

<sup>38</sup> Le GHT Béarn-Soule a pour établissement support le Centre hospitalier de Pau

notamment dans le cadre de la permanence des soins. Toutefois, ce niveau de qualité est très dépendant de l'équipe en place et des pratiques des différentes structures d'imagerie privée. Des erreurs d'interprétation peuvent ainsi survenir occasionnellement, avec des conséquences variables pour la qualité de prise en charge. À titre d'exemple, dans un retour d'expérience publié par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en 2017, le chef du pôle imagerie du Centre hospitalier de la Côte basque porte un regard sévère sur le recours à la téléradiologie privée, estimant que les « sociétés externes [...] fournissent une prestation jugée très négativement au plan médical par les cliniciens eux-mêmes »<sup>39</sup>.

La capacité de répondre en interne aux besoins d'examens d'imagerie, notamment pour les urgences, est alors un moyen de réduire le risque d'erreur. En premier lieu grâce au contact facilité entre collègues d'une même structure, y compris appartenant à des spécialités différentes. En effet, ceux-ci se connaissent en principe davantage et bénéficient des circuits de communication internes (présence physique dans un même site, téléphone et annuaire institutionnels, messagerie professionnelle). Ce constat ne doit pas conduire à négliger l'existence de relations, parfois très efficaces, entre certains services hospitaliers et les services d'imagerie privée avec lesquels ils ont l'habitude de travailler. Mais ces relations, dont la qualité dépend généralement de facteurs informels (relations interpersonnelles, bonne volonté de chacun, intérêts partagés), ont tendance à se dégrader en période de tension. Tandis qu'en interne, l'efficacité continue des relations entre services est commandée par la nécessité de bon fonctionnement de l'établissement, et par l'existence d'un intérêt institutionnel commun, incarné par une gouvernance unique.

En second lieu, le recours accru à l'offre d'imagerie interne permet aux établissements publics d'améliorer la qualité de la prise en charge grâce à l'existence de parcours patients bien définis. En effet, alors que ces parcours inter-services se sont beaucoup développés dans les hôpitaux ces dernières années, leur existence est beaucoup plus réduite entre les structures publiques et privées

---

<sup>39</sup> ANAP, mars 2017, *Imagerie diagnostique et thérapeutique*, fiche détaillée n° 8

d'un même territoire – le PIMM public-privé est d'ailleurs un exemple, rare mais frappant, de ce type de parcours organisé entre les deux secteurs.

## **2.3 La mutualisation en pratique**

La mutualisation des ressources d'imagerie médicale des quatre hôpitaux parties au PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine représente un enjeu particulier dans cinq domaines : la mise à disposition des équipements lourds d'imagerie, le système d'information, les ressources humaines, l'équilibre financier et la gouvernance de la nouvelle structure créée.

### **2.3.1 La mise à disposition des équipements lourds d'imagerie**

Comme le précise l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, tout projet de PIMM comporte « plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale ».

Dans le cas du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine, cette mise en commun se traduit par la mise à disposition d'équipements et matériels lourds vers un GCS créé à cette fin. Le détail des équipements mis à disposition figure dans le tableau suivant.

Équipement	Établissement d'origine	Nombre possédé	Nombre mis à disposition	Total PIMM
IRM 1,5 tesla	CH de la Côte basque	3	1	4
	CH Dax	1	1	
	CH Mont-de-Marsan	2	2	
Scanner	CH Côte basque	2	2	5
	CH Saint-Palais	1	1	
	CH Dax	1	1	
	CH Mont-de-Marsan	1	1	

La première remarque qu'appelle cette organisation est que l'ensemble des équipements lourds d'imagerie possédés par les établissements parties n'est pas mise à disposition du PIMM. Le Centre hospitalier de la Côte basque conserverait en effet deux IRM pour son propre usage et celui de praticiens libéraux partenaires. Il s'agit d'une limite à la mutualisation des ressources d'imagerie, mais aussi d'un moyen d'équilibrer l'apport de chaque établissement et de chaque GHT au plateau nouvellement créé. En mettant à disposition l'ensemble de ses scanners et IRM, l'hôpital de Bayonne serait en effet arrivé à un apport total de cinq équipements lourds, contre un à trois pour les autres établissements.

La deuxième remarque concerne les nouvelles autorisations d'équipements lourds demandées par les établissements parties. Il est prévu que ces autorisations soient accordées au GCS nouvellement constitué pour le PIMM, en propre. En revanche, les autorisations existantes restent rattachées aux établissements qui en bénéficient. Des transferts d'autorisations peuvent toutefois être convenus.

### 2.3.2 Le système d'information

Au niveau du système d'information, la réussite du PIMM repose sur la bonne articulation de deux couches logicielles, qui doivent être correctement interfacées dans tous les établissements parties : le dossier patient informatisé (DPI), qui est commun à la totalité ou une partie des services hospitaliers et le

système d'information de radiologie (SIR), qui comprend notamment le système d'archivage et de communication d'images (PACS), nécessaire à la mise en place de la téléradiologie. Tous ces composants s'intègrent au système d'information hospitalier (SIH) de chaque établissement.

S'agissant du SIR<sup>40</sup>, la mise en place du PIMM basco-landais a été grandement facilitée par l'existence d'un PACS commun aux quatre établissements parties et développé par la même société. Ce PACS est ensuite interfacé avec les RIS de chaque établissement, qui sont eux-mêmes interfacés avec les DPI. La demande d'acte d'imagerie est donc faite dans le DPI par un praticien, et remonte directement au niveau du PACS commun. L'équipe sur place procède alors à l'examen, et le radiologue peut l'interpréter, toujours au niveau du PACS.

Ce circuit permet d'éviter les doubles saisies, qui sont nécessaires lorsque le PACS n'est pas correctement interfacé avec les SIR de chaque établissement et peuvent être sources d'erreurs d'identité-vigilance, en plus du coût de main d'œuvre supplémentaire qu'elles génèrent. Le risque pour la sécurité des données est réduit au maximum : les images sont stockées sur les serveurs du PIMM pendant 48 heures seulement, de sorte que seule la copie présente dans les serveurs locaux est préservée.

Des lignes de fibre optique dédiées ont été installées ou renforcées entre les établissements parties, afin d'assurer la disponibilité optimale des images.

Il est prévu de déployer un serveur régional d'identité afin de réduire le plus possible la redondance des actes, en plus de l'accès déjà existant à l'historique des examens des patients, même effectués dans des établissements extérieurs au PIMM. Parmi les évolutions souhaitées, l'intégration de logiciels d'intelligence artificielle au niveau du PIMM est évoquée, alors que certains établissements parties ont déjà recours à ce type de technologie.

---

<sup>40</sup> Voir le schéma complet du circuit informatique en annexe n° 7

### **2.3.3 Ressources humaines**

Pour assurer son bon fonctionnement, le PIMM basco-landais nécessite le recrutement de personnel médical et non-médical.

S'agissant du personnel médical, le recrutement de 8,1 ETP de radiologues est prévu : 4 le jour et 4,1 pour assurer la permanence des soins, dans le cadre notamment de la création d'une deuxième ligne de garde postée au Centre hospitalier de la Côte basque. Une rémunération spécifique des radiologues est prévue lors des gardes, composée d'une indemnité de sujétion, de l'ajout de deux plages additionnelles, de la prime d'exercice territorial et de l'indemnisation des frais de déplacement.

S'agissant du personnel non-médical, le PIMM se composera d'un directeur référent, d'un cadre coordonnateur, d'un informaticien référent et d'un assistant de gestion. Ces emplois ne font pas l'objet de recrutements spécifiques, mais correspondent à du temps de travail consacré par les équipes existantes.

### **2.3.4 Aspects financiers**

S'agissant des dépenses en ressources matérielles, elles concernent principalement la montée en puissance des capacités informatiques et réseaux, avec notamment l'acquisition de nouvelles consoles PACS, ainsi que l'aménagement de l'espace qui sera dédié au PIMM.

L'équilibre financier du PIMM<sup>41</sup> est espéré d'une part grâce au surcroît d'activité attendu, avec le remplissage optimal de vacances publiques dans l'usage des équipements d'imagerie. D'autre part grâce à une dotation de l'ARS permettant de financer les deux lignes de garde prévues pour l'ensemble du territoire basco-landais, et qui viendraient remplacer les trois lignes d'astreintes existantes à Bayonne, à Dax et à Mont-de-Marsan. Une dotation est également attendue pour le financement de la prime d'exercice territorial (PET). Le niveau de

---

<sup>41</sup> Le détail de cet équilibre est présenté dans les annexes n<sup>os</sup> 8 et 9

participation de l'ARS au financement du PIMM reste toutefois incertain à l'heure de la rédaction du présent mémoire.

Des recettes liées aux gains d'opportunité et aux économies d'échelle réalisées sont également attendues, grâce au moindre recours à la téléradiologie privée et à l'optimisation de l'allocation des ressources d'imagerie publique au niveau du territoire basco-landais.

L'équilibrage de ce montage financier demeure toutefois incertain pour chaque établissement, car il dépend de facteurs endogènes et exogènes sur lesquels il est difficile d'établir des prédictions précises<sup>42</sup> : niveau d'activité réellement atteint, définition des plannings de radiologues, surcoûts de rémunérations liés aux dérogations statutaires, etc.

### **2.3.5 Gouvernance**

Le PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine fonctionne déjà sur un mode de préfiguration. Il s'est organisé autour d'un certain nombre d'acteurs : les centres hospitaliers de la Côte basque et de Saint-Palais, qui profitent d'une gouvernance très intégrée au niveau du GHT dont ils font partie, avec l'existence d'un pôle d'imagerie inter-établissements et un exercice territorial de l'activité des radiologues entre les deux sites. Une collaboration forte existe également entre les centres hospitaliers de Dax et de la Côte basque, en particulier depuis l'attaque informatique qui a gravement touché l'hôpital de Dax à partir du 9 février 2020. Une activité de téléradiologie a ainsi été mise en place à Bayonne afin de rétablir la continuité du service d'imagerie de Dax, et a été pérennisée par la suite.

Au niveau médical, il existe un médecin radiologue coordinateur du PIMM, qui supervise une cellule constituée par l'ensemble des chefs de service de radiologie des quatre établissements, ainsi que du chef du pôle d'imagerie Centre hospitalier de la Côte basque. Son rôle est de prévoir les orientations et la cohérence médicale, et d'organiser les recrutements en fonction des surspécialités

---

<sup>42</sup> Sur ce sujet, voir le paragraphe relatif aux risques financiers dans la partie 3

attendues. Cette cellule s'occupe aussi de l'homogénéité des plannings entre les différents services, compte tenu de l'existence de multiples déplacements de praticiens d'un l'hôpital vers l'autre.

Il existe également un directeur référent du PIMM, dont le rôle est de coordonner les travaux engageant les directions fonctionnelles des quatre hôpitaux, notamment dans les domaines clés (finances, systèmes d'information et affaires médicales). Il reste en lien avec les directions générales.

Un cadre coordonnateur du PIMM est nommé. Il s'assure de l'homogénéisation des protocoles entre les différents établissements. Il supervise la politique qualité, en veillant à faire converger les processus qualité entre les différents sites. Il assure le lien entre les radiologues et les cadres des quatre services.

Un informaticien référent est également nommé. Son rôle est d'assurer la cohérence du système informatique mis en place, de le faire évoluer. Il assure l'interface avec les différents services informatiques. Il organise le comité de pilotage informatique, et travaille en lien avec les sociétés partenaires.

Un assistant de gestion complète cette équipe. Son rôle est de coordonner les données financières les différents établissements, de contrôler les flux, de mettre en place des tableaux d'activité et de gestion.

Pour compléter cette présentation de la gouvernance du projet de PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine, il convient enfin d'évoquer la situation particulière des chefs d'établissements. Comme cela a été évoqué précédemment, le GHT Navarre-Côte basque bénéficie d'une gouvernance très intégrée. Cette gouvernance comprend notamment une direction commune à l'ensemble des établissements parties. D'autre part, à la suite du départ du directeur du Centre hospitalier de Dax, c'est le directeur de l'hôpital de Bayonne qui a été nommé pour assurer l'intérim. Ainsi, entre le début de l'année 2021 et la rentrée de cette même année, la chefferie de trois des quatre établissements membres du PIMM basco-landais était assurée par le même directeur. Sans doute cette situation exceptionnelle a-t-elle permis de faciliter l'avancée du projet.

## **2.4 Le projet médical**

Plus qu'un simple avantage institutionnel dans l'organisation de l'imagerie publique, le PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine correspond à un projet médical qui précise l'amélioration attendue de la prise en charge des besoins du territoire. La mise en place du PIMM basco-landais bénéficie ainsi de l'existence d'une collaboration notable entre les équipes médicales de chaque établissement partie, ce qui permet au projet médical de développer l'ensemble des filières de surspécialités et de tirer parti des dernières avancées technologiques.

### **2.4.1 Une collaboration nourrie entre les services de radiologie des établissements parties**

En pratique, le volet médical du PIMM est facilité par l'existence d'échanges anciens et nourris entre les radiologues des différents établissements.

Depuis la création du Centre hospitalier de Saint-Palais et son intégration au GHT Navarre-Côte basque, les radiologues de l'hôpital de Bayonne se rendent à tour de rôle à l'hôpital de Saint-Palais pour assurer les vacations publiques d'usage des équipements d'imagerie (les mardis, mercredis et vendredis).

De même, une collaboration nourrie existe depuis huit ans entre les hôpitaux de Bayonne et de Dax. Deux radiologues bayonnais se rendent en effet régulièrement à Dax, tandis que deux radiologues dacquois viennent à Bayonne, notamment dans le cadre de l'activité de radiologie interventionnelle. Il existe un poste d'assistant des hôpitaux partagé entre les deux établissements.

La collaboration entre les centres hospitaliers de la Côte basque et de Mont-de-Marsan est plus récente mais non moins active. L'ancien chef du pôle imagerie de Bayonne occupe ainsi des fonctions de chef de service à Mont-de-Marsan depuis le mois de mars 2020. Il est accompagné d'un autre praticien bayonnais, qui assure des vacations de neuroradiologie.

Enfin, les hôpitaux de Dax et de Mont-de-Marsan collaborent dans le cadre du GHT des Landes auquel ils appartiennent. Trois radiologues dacquois assurent régulièrement, dans ce cadre, des vacations à Mont-de-Marsan.

#### **2.4.2 Détail de l'organisation des différentes surspécialités**

L'un des objectifs du PIMM est de pouvoir offrir à la population basco-landaise un service d'imagerie publique organisé autour d'une équipe pluridisciplinaire représentant l'ensemble des surspécialités. Cette organisation, que l'on retrouve en CHU, a été développée au Centre hospitalier de la Côte basque et serait renforcée dans le cadre du PIMM.

Globalement, il est prévu pour l'ensemble des surspécialités un renforcement des équipes médicales dans certains établissements, lorsque l'activité ne permet pas d'avoir recours à la téléradiologie ou pour adapter l'offre aux besoins estimés du bassin de population basco-landais. Le détail de l'organisation médicale figure en annexe, à l'exception des surspécialités développées ci-dessous en raison de leurs spécificités.

##### *Imagerie des urgences*

Le projet prévoit la mise en place d'une garde de deux radiologues à partir d'une plateforme unique située à Bayonne, permettant l'interprétation des images réalisées dans les quatre établissements parties. Il s'agira donc d'un service de téléradiologie à part entière. Tous les radiologues du PIMM y participeront sans exception.

En plus de cette organisation, une astreinte de sécurité sera maintenue à Mont-de-Marsan et mise en place à Dax. Son but sera de pourvoir à la prise en charge de certaines pathologies pédiatriques qui nécessitent une échographie (examen qui ne peut être réalisé à distance actuellement), et pour pallier les situations de panne informatique au niveau de la téléradiologie.

En pratique, les demandes d'examens complémentaires et les comptes-rendus feront appel à des procédures informatisées offrant une traçabilité avec sécurisation. Les protocoles d'exploration par pathologie seront homogénéisés pour les quatre établissements en tenant compte des spécificités chaque plateau technique. Les protocoles institutionnels seront définis dans les quatre établissements en lien avec les différents intervenants (conduite à tenir devant une extravasation de produit de contraste, conduite à tenir devant une allergie à un produit de contraste, injection et insuffisance rénale, etc.).

### Radiologie interventionnelle

La radiologie interventionnelle en urgence sera réalisée au Centre hospitalier de la Côte basque, dès lors que cet établissement est pourvu un bloc opératoire complet pour cette activité, disposant d'une ligne d'astreinte médicale, d'une garde et d'une astreinte paramédicale. En outre, il bénéficie depuis le début de l'année 2019 d'une autorisation de neuroradiologie interventionnelle pour la prise en charge des AVC par thrombectomie mécanique. Le Centre hospitalier de la Côte basque répond enfin au plus haut niveau du futur régime d'autorisation de la radiologie interventionnelle périphérique.

Compte tenu du coût de ce type de plateau technique d'une part, et du nombre relativement faible de patients en activité réglée d'autre part, le maintien d'un seul plateau de ce type dans le bassin de population considéré est donc retenu.

Pour les semi-urgences et l'activité réglée, une activité de radiologie interventionnelle de niveau intermédiaire sera proposée dans les centres hospitaliers de Mont-de-Marsan, de Dax et de Saint-Palais, qui ne nécessite pas un environnement technologique de pointe et/ou avec accès à l'anesthésie (biopsies, gastrostomies, drainages d'abcès, drainages pleuraux...). Il s'agit de gestes ne pouvant être délocalisés qu'au prix d'une perte d'efficacité majeure pour les prises en charge de ces patients, avec une augmentation significative de la DMS. Ils nécessitent une salle de radiologie télécommandée avec un échographe.

Les radiologues susceptibles d'être sollicités pour ces gestes seront les radiologues interventionnels de Bayonne, mais aussi d'autres radiologues ne maîtrisant pas forcément tous les gestes complexes, mais susceptibles de réaliser ces procédures plus simples.

Pour l'activité réglée et les semi-urgences de niveau expert, en revanche, les gestes plus à risque de complication ou nécessitant un plateau technique de pointe seront délocalisés à Bayonne. Les radiologues du PIMM assurant les gestes plus simples dans les autres centres hospitaliers auront un accès au bloc de radiologie interventionnelle de Bayonne, pour travailler en autonomie ou à quatre mains.

La possibilité reste ouverte pour les radiologues de se déplacer, de façon plus exceptionnelle, aux blocs opératoires de Mont-de-Marsan ou de Dax pour y effectuer des gestes de radiologie interventionnelle à quatre mains, dans le cadre d'interventions complexes.

### **2.4.3 Nouvelles technologies**

Le projet médical du PIMM basco-landais est complété par l'usage de deux types de nouvelles technologies : le recours à la téléradiologie et l'acquisition de logiciels d'assistance à l'interprétation d'images par intelligence artificielle.

#### *La téléradiologie*

Chaque radiologue peut assurer des vacances de téléradiologie dans son domaine de compétence. Ce travail posté s'accompagne d'un travail qualitatif et d'un relais par un cadre inter-établissements. Le succès de la mise en place d'une offre d'imagerie publique au Centre hospitalier de Saint-Palais est perçu par les équipes comme très lié au fait que tous les radiologues Centre hospitalier de la Côte basque se rendent sur place régulièrement, et qu'ils connaissent la structure, les équipes de manipulateurs et les urgences. L'existence de protocoles de prise en charge des patients en scanner communs aux deux sites est également un critère de réussite déterminant.

Dans ce contexte, la téléradiologie n'est donc pas identifiée comme un mode de prise en charge systématisable, ou permettant d'exonérer les radiologues de déplacements sur différents sites dans le cadre d'un exercice territorial de leur activité. Cette modalité d'exercice est au contraire vue comme un complément à une organisation plus traditionnelle du service.

Dans le cadre du PIMM, la téléradiologie sera donc encadrée par un certain nombre de dispositifs, qui visent à assurer la meilleure qualité de prise en charge. L'adoption de protocoles communs et l'exercice en territorialité ont déjà été évoqués. Les radiologues s'engagent en outre à participer aux réunions multidisciplinaires correspondant aux pathologies sur lesquelles ils interviennent. Une attention particulière est apportée à la bonne connaissance des protocoles mis en place au niveau du PIMM, notamment dans le cadre du programme de formation continue des équipes médicales et paramédicales.

### *L'intelligence artificielle*

Le Centre hospitalier de la Côte basque a déjà recours à des technologies d'intelligence artificielle pour aider les radiologues à interpréter certaines images, dans le domaine de la radiographie osseuse<sup>43</sup>.

Le PIMM prévoit de déployer deux outils analogues d'aide à l'interprétation grâce à l'intelligence artificielle, à destination de l'imagerie des urgences. Le but de ces technologies est d'accélérer la phase de diagnostic et de prioriser les conditions aiguës. Ces outils permettraient de renforcer les chances de réussite des traitements et de réduire les coûts et les durées d'hospitalisation.

Le premier est un logiciel d'aide à l'interprétation de radiographies pulmonaires<sup>44</sup>, qui identifie des zones d'intérêt sur les images et génère un rapport contenant la liste des pathologies potentiellement détectées.

---

<sup>43</sup> Solution proposée par la société Gleamer

<sup>44</sup> Logiciel qXR développé par la société Qure.ai

Le deuxième est un logiciel d'aide à l'interprétation de tomodensitométrie de tête, qui identifie les anomalies détectées dans les images analysées. Ces anomalies concernent les signes d'hémorragie intracrânienne, les fractures crâniennes, les décalages médians, les effets de masse et les cas d'infarctus. Elles permettent de trier rapidement les cas cliniques afin de proposer une prise en charge rapide et adaptée.

### **3 Le PIMM public-public, un modèle dont la structuration reste complexe et pourrait être allégée**

Même en recentrant la mutualisation des ressources d'imagerie sur le seul secteur public, le PIMM reste un modèle de coopération complexe à mettre en œuvre, en raison des contraintes que comporte une telle démarche. Ces contraintes pourraient toutefois être allégées, grâce à quelques pistes d'amélioration. Ce type de coopération inédit pourrait également être étendu avec profit à d'autres spécialités.

#### **3.1 La structuration de PIMM public-public comporte de réelles contraintes**

Ces contraintes peuvent être distinguées en deux catégories : les contraintes techniques d'une part, et les contraintes institutionnelles et humaines d'autre part.

##### **3.1.1 Contraintes techniques**

Au titre des contraintes techniques que comporte tout projet de PIMM public-public, il convient d'évoquer les questions de la structuration juridique, des risques financiers, de l'adaptation des systèmes d'information et de la gestion des ressources humaines.

##### *La structuration juridique du PIMM : un choix déterminant et des incertitudes*

L'appel à projet publié par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en mai 2019 prévoyait qu'au cas où le projet de PIMM soumis nécessiterait la constitution d'un GCS, un projet de convention constitutive devrait être fourni, « prêt à signature », en même temps que la réponse. Toutefois, la création du PIMM basco-landais a été autorisée par une décision de l'ARS Nouvelle-Aquitaine du 21 août 2019 relative au « plateau d'imagerie médicale mutualisé Sud-Nouvelle-Aquitaine ». Cette autorisation a été accordée au Centre hospitalier de la Côte basque, « dans

l'attente de la constitution d'un GCS de moyens, prévue avant la fin de l'année 2019 ». À la date de la rédaction du présent mémoire, la constitution du GCS n'est prévue que pour la fin de l'année 2021, ou le courant de l'année 2022.

Cet exemple illustre les difficultés rencontrées dans la structuration juridique des PIMM par les porteurs de projets, même quand ceux-ci ne concernent que des acteurs publics. La formalisation du support juridique de la coopération envisagée (en général, un GCS ou un modèle conventionnel plus libre), doit en effet être suffisamment précise et explicite pour sécuriser tous les acteurs et assurer une mise en œuvre fluide de l'activité. C'est pourquoi cette étape arrive généralement à la fin du processus de constitution du PIMM, une fois arrêté l'ensemble des arbitrages organisationnels. Rétrospectivement, le calendrier proposé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans son appel d'offre de mai 2019 paraissait donc difficilement tenable pour le PIMM basco-landais.

Outre le choix et la formalisation du support juridique du PIMM, la nature et l'étendue des dérogations aux « règles statutaires et conventionnelles » de rémunération des praticiens est une source d'incertitude pour les porteurs de projets. Alors que cette question est au cœur du dispositif, elle ne trouve de réponse, à nouveau, que tardivement dans la structuration des projets. En effet, dans le cas du PIMM basco-landais, les dérogations statutaires demandées dans le cadre du projet n'ont pu être formalisées qu'au terme d'une longue concertation entre les établissements parties et les équipes médicales concernées. Elles ont ensuite fait l'objet d'une validation par un cabinet d'avocats avant de pouvoir être transmises à l'ARS. Une fois cette transmission effectuée, certains médecins et directeurs d'hôpital étaient encore en proie à une certaine inquiétude, et craignaient que les dérogations demandées ne soient pas acceptées, notamment au niveau du ministère où l'influence de l'assurance maladie était perçue comme forte. D'autres médecins et directeurs tenaient à l'inverse un discours rassurant, et soutenaient que les dérogations demandées seraient validées au niveau de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, dont le directeur général soutient activement le PIMM.

## Des risques financiers réels et difficilement maîtrisables

Le PIMM est un outil d'optimisation des ressources d'imagerie médicale au niveau territorial. En termes médico-économiques, son objectif est clair : offrir la meilleure qualité de soins à la population, au meilleur coût pour la collectivité. C'est pour cette raison que la recherche, voire la démonstration, d'un équilibre médico-économique est attendue dans les projets de PIMM<sup>45</sup>. Or les modèles médico-économiques proposés reposent sur des hypothèses souvent incertaines, liées à l'activité attendue, mais aussi au niveau d'engagement des différents acteurs<sup>46</sup>.

Le projet basco-landais repose par exemple sur l'hypothèse d'une participation de l'ARS au financement de la deuxième ligne de garde créée au Centre hospitalier de la Côte basque. Ce financement n'est toutefois pas garanti et doit encore être approuvé par l'ARS. De même, l'accord sur les dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération des radiologues est arrivé tardivement dans la structuration du projet (courant 2021).

En outre, les modèles financiers du projet ne peuvent prévoir précisément la nature et le niveau d'activité attendus. En effet, l'activité d'imagerie dépend de facteurs exogènes peu maîtrisables ; la crise COVID a ainsi abouti à une réduction importante de l'activité à Mont-de-Marsan, de même que la cyberattaque subie par Dax en février 2021. Les facteurs endogènes eux-mêmes sont difficilement estimables. En l'absence de plannings précis sur l'activité de l'ensemble des radiologues du PIMM, un établissement ne peut savoir précisément quel sera son niveau de recours à la téléradiologie publique ou privée, ni quelle sera la proportion de vacations de radiologues rattachés à un autre hôpital (plus onéreuses) parmi l'ensemble des vacations sur site. Ces facteurs sont pourtant déterminants pour l'équilibre financier du PIMM.

---

<sup>45</sup> À titre d'exemple, l'appel à projet du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine demandait un projet « durablement viable et pilotable [...] en équilibrant les charges avec les recettes ». Cf. l'annexe n° 2

<sup>46</sup> Les résultats prévisionnels du PIMM basco-landais, présentés en annexes n°s 8 et 9, illustrent ces incertitudes avec des variations importantes des prévisions au cours de l'année 2019

### L'adaptation des systèmes d'information

La réussite de tout projet de PIMM passe par l'intégration des systèmes d'information de chaque partenaire : DPI, RIS et PACS principalement. Or cette intégration peut être coûteuse et complexe à mettre en place, en particulier lorsque les membres du PIMM n'ont pas recours aux mêmes prestataires de services. Dans ce cas, la mise en œuvre du projet nécessite des changements de prestataire ou le développement d'interopérabilités onéreuses et exposées aux bugs et failles de sécurité.

Même dans le cas, idéal, où les différentes parties au projet de PIMM utilisent le même modèle de PACS, l'interfaçage des différents systèmes nécessite la réalisation d'opérations complexes, dans le cadre de la construction d'un système d'information commun<sup>47</sup>.

La mise en place de la téléradiologie entre les hôpitaux de Bayonne et de Dax a ainsi été accélérée par la cyberattaque de février 2021, qui a conduit le Centre hospitalier de la Côte basque à proposer une offre d'interprétation à distance des images prises à Dax, à la suite de l'indisponibilité du RIS. Toutefois, l'interfaçage avec le RIS de Bayonne n'est pas complètement opérationnel et nécessite des manipulations d'images parfois complexes pour les radiologues. Cette problématique n'étant pas identifiée comme prioritaire dans le cadre du plan de sortie de crise du SIH de Dax, elle reste un enjeu pour l'avancée du PIMM sur ce volet. Cet exemple est révélateur de ce que l'interconnexion entre les différents SIH n'est pas qu'une formalité, même lorsque toutes les parties ont recours au même PACS.

### Une gestion des ressources humaines complexe

La gestion des ressources humaines est déjà l'un des éléments les plus complexes du fonctionnement des hôpitaux en général, et des services d'imagerie en particulier. Ce constat peut être fait en raison de la nécessité de conciliation entre trois types contraintes :

---

<sup>47</sup> Voir l'annexe n° 7 dans le cas du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine

- les règles statutaires de rémunération et de temps de travail, fixées au niveau national<sup>48</sup> ;
- les situations particulières de chaque agent (clauses contractuelles, type d'activité – exclusivement publique ou mixte ; à temps plein ou à temps partiel –, bénéfice de plages de temps de travail additionnel, aménagements particuliers du poste de travail...) ;
- les contraintes d'organisation du service (permanence des soins, effectifs minimums requis pour la mise en œuvre de chaque activité et pour l'atteinte des objectifs médico-économiques...).

Dans ce contexte, le PIMM ajoute un niveau de complexité à la gestion des ressources humaines en imagerie, qui dépend directement de son périmètre. Dans le cas des PIMM public-privé, qui ne sera pas abordé ici, cette complexité tient tout d'abord de la nécessité d'organiser un service au sein duquel exercent deux types d'agents, soumis à des règles différentes par nature : les praticiens hospitaliers et les praticiens libéraux. Dans le cas du PIMM public-public, le même type de problématique se pose, dans une moindre mesure, en raison des divergences de modalités de gestion des ressources humaines hospitalières entre établissements, en dépit de l'existence d'un statut national commun. Cette problématique est résolue soit par une harmonisation préalable des conditions de travail, soit par une gestion différenciée des agents, en fonction de l'établissement d'appartenance.

Dans le cas de PIMM à périmètre réduit (équipe médicale composée d'une dizaine de radiologues au plus), la complexification de la gestion des ressources humaines s'arrête au changement d'échelle obtenu, qui nécessite une organisation multi-sites et multi-établissements. Dans le cas de PIMM à plus grande échelle (équipe médicale composée d'une vingtaine de radiologues), un nouveau paramètre doit être pris en compte : la recherche d'une permanence des soins par filière, dans les différentes surspécialités. La gestion des ressources médicales ne se fonde alors plus sur une répartition indifférenciée, ou partiellement indifférenciée, entre radiologues polyvalents, mais doit assurer de

---

<sup>48</sup> Cf., notamment, la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

façon continue la diversité et la complémentarité des compétences de l'équipe médicale postée.

Cette complexification de la gestion des ressources humaines, qui se retrouve notamment dans la constitution des plannings, peut toutefois être compensée, du moins en partie, par la mutualisation des ressources impliquée par le PIMM. Le PIMM offre en effet un vivier de ressources médicales plus important, et peut ainsi faciliter les remplacements en cas d'absence, en particulier si le sentiment d'appartenance à une même équipe se développe au sein des établissements parties. Pour les établissements qui cherchaient déjà à structurer leur offre autour de filières particulières et de surspécialités, comme le Centre hospitalier de la Côte basque, le PIMM peut également être vu comme un moyen de faciliter l'organisation du service, s'il répond précisément aux besoins de surspécialistes supplémentaires.

### **3.1.2 Contraintes institutionnelles et humaines**

Les projets de PIMM public-public doivent faire face à trois types de contraintes institutionnelles et humaines identifiées : les coûts de négociation importants entre les différents acteurs pour arriver à une organisation faisant consensus, l'identification de chefs de projets légitimes et l'existence d'équilibres organisationnels anciens et difficilement ajustables (le poids du passé).

#### *Les coûts de négociation*

Le PIMM étant un dispositif largement ouvert sur ses modalités pratiques de mise en œuvre, chacun de ses éléments peut faire l'objet de négociations plus ou moins serrées entre les différents acteurs intéressés. La construction des projets de PIMM est donc exposée à de nombreux risques de blocages, en raison notamment des intérêts partiellement divergents des acteurs, même lorsqu'ils sont tous publics.

L'ARS a intérêt à réduire au minimum sa participation financière au PIMM, ce qui suppose une maîtrise des dépenses et une certaine modération dans les dérogations accordées s'agissant de la rémunération des radiologues.

Les établissements de santé vont demander des dotations spécifiques pour financer les surcoûts du dispositif. Ils veilleront aussi à ce que le mode de gouvernance du PIMM ne soit pas déséquilibré entre eux, et préserve leurs intérêts propres – implantation des équipements et matériels lourds, recrutement et affectation des praticiens.

Les équipes médicales vont demander des dérogations statutaires, portées par les établissements, de nature à motiver leur engagement dans le dispositif. Ils vont en outre chercher à réduire ou compenser les nouvelles contraintes qui s'imposeront à eux – gardes dans le cadre de la permanence des soins, déplacements liés à l'exercice territorial de leur activité.

Le point d'équilibre entre ces différentes exigences peut être long à trouver, et nécessite des concessions de la part de chaque partie, qui voudra faire peser sur les autres le risque d'un éventuel échec du projet. Ainsi, alors même que les acteurs ont décidé de collaborer en s'engageant dans la démarche de constitution d'un PIMM, ils peuvent se trouver face à des situations d'équilibres de Nash sous-optimaux<sup>49</sup> : chaque « joueur » ayant intérêt à ce que le projet aboutisse, il choisit d'adopter un comportement attentiste sans faire de concession, en présumant que les autres finiront par accepter ses demandes, préférant cette solution à un abandon de l'ensemble du projet.

### L'identification de chefs de projets légitimes

Au cours des entretiens réalisés dans le cadre de la rédaction du présent mémoire<sup>50</sup>, la question de la gouvernance du projet de PIMM basco-landais a été

---

<sup>49</sup> NASH J., 1950, « Equilibrium points in n-person games », *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Pour une modélisation d'un équilibre de Nash particulier (le dilemme du prisonnier), s'agissant de la décision de s'engager dans un PIMM public-privé, voir BODDY S., octobre 2020, *L'opportunité de construire un Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (P.I.M.M.) L'exemple du C.H.R.U. de Tours*, mémoire EHESP, annexe n° 13

<sup>50</sup> Voir la liste des personnes interrogées en annexe n° 13

évoquée à plusieurs reprises. Cette question renvoie à une exigence en particulier : celle de l'identification de responsables légitimes dans la gestion de projet.

En tant que dispositif reposant sur la coopération entre établissements de santé, le PIMM suppose un engagement volontaire de chaque partie prenante, et s'accorde difficilement avec un positionnement trop directif de l'une d'elles. Toutefois, sa bonne structuration ne peut se passer de la désignation de personnes identifiées comme responsables, et bénéficiant de la légitimité pour agir comme telles. Cette prise de responsabilité permet d'accélérer le passage des points d'étape du projet, de motiver tous les acteurs concernés et de structurer les phases de négociations autour d'interlocuteurs clés.

Idéalement la gouvernance de tout projet de PIMM se structure donc autour de la désignation collégiale de responsables au niveau de chaque établissement partie pour l'ensemble des établissements de santé, à la fois dans les volets administratif, soignant et médical. Cette désignation peut être évidente pour certains postes au niveau des établissements : cadre de pôle pour le volet soignant, directeur des finances pour le volet finances, chef de service pour le volet médical... Pour la représentation de l'ensemble des établissements de santé parties auprès des autres acteurs institutionnels, le niveau d'engagement personnel et l'acceptation par les pairs doivent être déterminants.

### *Le poids du passé*

Les changements organisationnels impliqués par les projets de PIMM entraînent des bouleversements dans les conditions de travail des professionnels concernés, en particulier s'agissant des radiologues : extension de l'activité vers un ou plusieurs nouveaux sites, participation réduite ou augmentée aux gardes liées à la permanence des soins, recours à la téléradiologie... Ces changements peuvent donc entraîner des mouvements de résistance compréhensibles chez les personnes concernées, même s'il est prévu de compenser les nouvelles contraintes, notamment financièrement.

Comme cela a été évoqué précédemment, le PIMM public-public est un modèle de coopération qui vise à améliorer la prise en charge des besoins d'imagerie d'un territoire sur un mode compétitif par rapport au secteur privé. Or les radiologues d'un même territoire se connaissent généralement, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, en particulier lorsqu'il existe une coopération importante entre les hôpitaux et les officines privées dans la prise en charge des besoins d'imagerie, et lorsque les praticiens exercent une activité mixte. Dans ce cas, ils peuvent alors rencontrer des difficultés à adhérer au PIMM, et se trouver en conflit de loyauté entre leurs collègues de l'un et de l'autre secteur. Ce type de conflit peut être résolu en rappelant les objectifs du PIMM en termes d'amélioration de la qualité de prise en charge, et en poursuivant la coopération avec le secteur privé dans certains cas ou selon des modalités nouvelles (dans le cadre du développement de surspécialités par exemple).

Enfin, la résistance aux nouveaux modes d'organisation proposés par le PIMM peut venir des établissements eux-mêmes, selon des logiques qui rejoignent l'opposition à d'autres formes de coopération sanitaire, comme les GHT. Il ne faut en effet pas oublier que le mode de gouvernance actuel de l'offre publique de santé implique une certaine concurrence entre établissements publics, directement liée à la nécessité d'être attractif face à des ressources médicales et, dans une moindre mesure, des patientèles, mobiles et sélectives. La crainte, fondée ou non, d'une absorption de l'activité par un établissement voisin est donc réelle dans certains territoires. Cette crainte peut être réduite par la définition d'une gouvernance équilibrée du PIMM, et la garantie d'une augmentation prévue de l'activité pour chaque membre.

### **3.2 L'avenir du PIMM public-public**

Même s'il peut encore être amélioré, le PIMM est un dispositif qui rencontre un certain succès auprès de ses utilisateurs. Ce succès pose la question de l'extension de ce modèle de coopération à d'autres spécialités.

### **3.2.1 Un mode de coopération adapté aux enjeux de l'imagerie médicale, mais dont l'utilisation est encore limitée**

Malgré le défi que représente sa mise en place, le PIMM est une modalité de coopération plébiscitée par ses utilisateurs. Son appropriation encore limitée par les acteurs publics de la santé mérite cependant d'être interrogée.

#### *Un modèle plébiscité par ses utilisateurs*

Parmi les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire, il convient de relever une unanimité à dire qu'il s'agit d'un bon outil de coopération sanitaire, qui permet de « structurer des synergies au sein des GHT et au-delà »<sup>51</sup>. La souplesse de ce dispositif a en particulier été soulignée, en ce qu'elle permet une adaptation aux situations locales. Le développement de PIMM public-public dans la période récente est d'ailleurs le résultat de cette souplesse, qui a permis de s'écarter du modèle public-privé qui prédominait auparavant.

L'autre avantage du PIMM concerne les dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération des praticiens. Cette possibilité, qui constitue une réelle innovation dans l'organisation du secteur sanitaire en France, apporte une réponse forte à la problématique du dualisme qui existe entre les exercices libéral et hospitalier de la radiologie. En proposant des conditions de travail comparables, ce modèle permet de rapprocher ces deux catégories de praticiens au sein d'une même structure, dans le but d'une meilleure prise en charge des besoins d'imagerie d'un territoire. En ce sens, le PIMM peut être vu comme une solution pragmatique aux besoins de structuration de l'imagerie médicale, qui s'inscrit dans la continuité d'un mouvement de décloisonnement des médecines publique et privée initié à la fin du XX<sup>e</sup> siècle dans la jurisprudence puis dans la loi<sup>52</sup>.

Même s'agissant de projets public-public, les dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération des praticiens prennent tout leur

---

<sup>51</sup> Citation issue de l'entretien réalisé avec l'adjoint au directeur du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

<sup>52</sup> La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue l'une des étapes notables de ce mouvement de décloisonnement

sens. Elles permettent de dépasser les différences qui existent entre établissements publics en termes de gestion des ressources médicales, malgré l'existence d'un statut commun. Elles sont aussi un moyen de renforcer l'attractivité du secteur public, et de favoriser le rééquilibrage des conditions de travail par rapport au secteur privé.

Enfin, la possibilité de créer des équipes médicales importantes, permettant l'organisation de filières de soins, selon les surspécialités, représente un avantage décisif en termes de qualité de prise en charge, d'autant plus que le PIMM permet de tirer pleinement parti des possibilités offertes par la téléradiologie, dans une logique d'optimisation des ressources et des compétences.

Pour toutes ces raisons, les établissements qui ont fait le choix de se saisir de ce dispositif estiment qu'il est bien construit, et y voient la possibilité de développer un service d'imagerie de référence au niveau territorial.

### *Une appropriation encore limitée dans les territoires de santé*

Le paysage des PIMM dessiné précédemment<sup>53</sup> témoigne d'une appropriation limitée de ce dispositif : sur une dizaine de projets répertoriés, seuls deux sont de nature totalement publique. Les raisons de cette désaffection ont été évoquées plus haut : complexité de mise en œuvre, nécessité d'un engagement fort de chaque partie au projet, difficulté à dépasser les logiques de concurrence entre établissements...

Toutefois, de nombreux établissements de santé, qui n'ont pas été évoqués ici, ont entrepris des démarches afin d'évaluer la pertinence de tels projets. En outre la crise COVID-19 a considérablement ralenti le démarrage ou la maturation des projets de PIMM, de même que pour la plupart des projets hospitaliers. De nouveaux projets de PIMM public-public devraient donc voir le jour dans les prochaines années. Dans ce cadre, il n'est d'ailleurs pas toujours utile d'afficher de trop grandes ambitions. Le PIMM peut déjà constituer un excellent outil de coopération pour les établissements appartenant à un même GHT, avant une

---

<sup>53</sup> Cf. le titre 1.2. Les PIMM en pratique : un paysage contrasté

éventuelle extension au-delà, une fois que la démonstration de ses bénéfices a été faite.

### **3.2.2 Un outil de coopération qui peut être amélioré et dont la transposition à d'autres spécialités paraît envisageable**

Le PIMM est plébiscité par ses utilisateurs, notamment pour la flexibilité qu'il autorise dans la structuration des projets de mutualisation. Toutefois, ce dispositif pourrait être encore amélioré, notamment pour faciliter sa mise en œuvre. Son ouverture à l'autres spécialités peut également être interrogée.

#### *Un dispositif qui pourrait être amélioré*

Une maturation longue et complexe à mener, telle semble être la contrepartie de la flexibilité inédite qu'offre le PIMM. Ce dispositif pourrait ainsi être amélioré afin de faciliter sa mise en œuvre par les acteurs de l'imagerie médicale.

En premier lieu, la réduction des asymétries d'information existant entre les différentes parties prenantes aux projets de PIMM permettrait d'accélérer l'aboutissement des projets. Cela pourrait passer, par exemple, par une clarification, en amont de toute négociation, des niveaux minimum et maximum de participation que les acteurs sont prêts à consentir. Un tel effort de transparence permet à chacun de se positionner, favorise l'engagement et réduit les risques d'équilibres de Nash bloquants. S'agissant des dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération, la publication d'une doctrine, au niveau national, de la nature et de l'étendue des dérogations qui peuvent être accordées à tel ou tel projet de PIMM, en fonction de critères bien établis, irait dans ce sens. Cela permettrait également de parer aux accusations de ruptures d'égalité entre les territoires et vis-à-vis des autres spécialités médicales.

La publication de guides ou de documents d'aide à la gestion de projets de PIMM serait également bienvenue. L'ANAP a déjà publié de tels guides sur des sujets précis, comme la mise en place du télétravail. Elle rassemble aussi,

régulièrement, des retours d'expérience de projets innovants, dont les derniers, s'agissant de l'imagerie médicale, ont été publiés en 2017<sup>54</sup>. De tels travaux, centrés sur la mise en place de PIMM, permettraient d'aider les établissements de santé à s'approprier ce dispositif.

### *Vers une ouverture du modèle à d'autres spécialités ?*

Le PIMM introduit une nouvelle logique de coopération sanitaire au sein des dispositifs existants, en permettant le franchissement d'une nouvelle étape dans le décloisonnement des secteurs public et privé en médecine. Cette logique mériterait ainsi d'être étendue à d'autres spécialités. Toutes les spécialités ne sont toutefois pas susceptibles de tirer profit de ce type de coopération, et il convient de définir quelques critères d'éligibilité.

Le premier critère serait celui de l'utilité publique. Ce mode de coopération dérogatoire devrait en effet s'appliquer en priorité aux spécialités qui connaissent, comme l'imagerie médicale, un déséquilibre important entre l'activité libérale et l'activité hospitalière.

Le deuxième critère serait celui de l'existence d'équipements et de matériels coûteux, nécessaires à l'activité et pouvant être mutualisés.

Le troisième critère serait celui de l'adaptation de l'activité à un exercice territorial. La possibilité, pour certains actes, de réaliser certaines étapes dans des sites différents, serait à prendre en compte en particulier. Par exemple, pour l'imagerie, la possibilité de réaliser l'interprétation des images dans un site différent de celui où elles sont prises.

Parmi les spécialités répondant à ces trois critères, peuvent être citées la biologie médicale et l'anatomo-cyto-pathologie. La question de l'extension du PIMM est cependant conditionnée par celle, plus large, de l'évolution du système de santé que nous souhaitons, collectivement. Les dérogations aux règles statutaires et conventionnelles de rémunération des médecins doivent-elles se

---

<sup>54</sup> ANAP, *ibid.*

multiplier ? Le PIMM doit-il être un dispositif temporaire, le temps de restructurer l'imagerie médicale dans certains territoires, ou est-il appelé à former des organisations pérennes ? Face aux difficultés inhérentes aux dispositifs de coopération libre entre acteurs de la santé, quelle place pour d'autres modes de gouvernance sanitaire ?



## Conclusion

Bien qu'il n'ait pas pu être expérimenté avant d'être pérennisé, le dispositif du PIMM est un outil innovant de coopération sanitaire, qui permet de faciliter la structuration de l'offre d'imagerie médicale dans les territoires. Les dérogations aux règles conventionnelles et statutaires de rémunération des radiologues constituent, en particulier, un important levier d'attractivité pour les projets de mutualisation, qui permet de réduire le déséquilibre entre les pratiques libérale et hospitalière de cette spécialité.

Après des débuts centrés autour de projets public-privé, le PIMM poursuit son développement – encore limité en France – avec l'émergence d'un modèle public-public, dont le projet Sud-Nouvelle-Aquitaine fait figure de prototype. D'une maturation longue – environ trois ans depuis son autorisation –, ce projet permet de mieux cerner le potentiel que représente ce nouveau modèle, mais aussi ses limites.

### *Un indéniable potentiel d'amélioration de l'offre publique d'imagerie*

En premier lieu, le PIMM public-public présente un grand potentiel d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, grâce au développement d'un accès à l'imagerie différencié par surspécialités, comme dans les CHU. En ce sens, ce modèle répond bien à ses principaux objectifs : rendre l'exercice hospitalier plus attractif, assurer la permanence des soins et améliorer la qualité de prise en charge, grâce à la création d'équipes territoriales importantes.

À terme, le PIMM public-public doit conduire à une réduction de la dépendance de certains hôpitaux à l'offre privée d'imagerie dans le cadre de la prise en charge de leurs patients. Cette réduction leur permet de tendre vers l'équilibre financier, les actes d'imagerie étant moins coûteux lorsqu'ils sont réalisés en interne.

### Des limites d'ordre structurel

Le modèle public-public ne permet pas de réduire significativement la complexité des projets, alors que son recentrage sur un seul secteur aurait pu le laisser penser. Au contraire, les logiques institutionnelles bien ancrées dans les établissements publics, qui restent en concurrence dans le système de santé, conduisent à limiter les effets de la mutualisation. La volonté qu'ont les établissements et les équipes de garder la maîtrise de leurs ressources conduit au développement de mises à disposition d'équipements et de personnel très complexes à mettre en place, là où un transfert de ceux-ci vers la structure support du PIMM – généralement un GCS – aurait été possible.

Ces contraintes s'ajoutent à celles, d'ordre technique, qui sont inhérentes à tout projet de PIMM : risques financiers difficilement maîtrisables pour les établissements, complexité de gestion des ressources humaines, interfaçage entre les systèmes d'information...

\*

Avec la crise sanitaire qui a ralenti la mise en place des projets en cours, PIMM public-public doit donc encore faire ses preuves. Il conviendra d'être attentif aux évolutions du projet Sud-Nouvelle-Aquitaine pour commencer à tirer un bilan de ce nouveau modèle, et voir s'il tient ses promesses.

---

## Bibliographie

---

La documentation relative au PIMM est rare, celle relative au PIMM public-public en particulier est presque inexistante : il s'agit d'un sujet dit « de niche ». Peu de travaux évoquent cette modalité de coopération sanitaire ; moins encore l'approfondissent. Ce dispositif est généralement évoqué dans des ouvrages et revues spécialisées, ainsi que dans la presse locale lorsqu'un projet du territoire concerné est initié ou finalisé. La bibliographie ci-dessous donne néanmoins quelques références notables.

### Ouvrages et travaux académiques

Dans sa dernière édition, l'épais manuel de Robert Holcman relatif au management hospitalier mentionne le PIMM dans un bref paragraphe qui décrit les grandes lignes du dispositif (HOLCMAN R., mars 2019, *Management hospitalier Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, 4<sup>e</sup> édition).

Le PIMM n'est pas évoqué dans l'ouvrage plus spécialisé de Bruno Gallet relatif aux coopérations en santé, mais sa consultation reste utile à la compréhension des différentes modalités de coopération sanitaire :

GALLET B., juin 2017, *Les Coopérations en santé*, presses de l'EHESP

Le mémoire consacré par Sarah Boddy relatif à l'opportunité de construire un PIMM est une référence de première main consacrée à ce sujet :

BODDY S., octobre 2020, *L'opportunité de construire un Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé (P.I.M.M.) L'exemple du C.H.R.U. de Tours*, mémoire EHESP

### Rapports publics

Le rapport de la Cour des comptes de 2016 reste une référence pour comprendre les enjeux de l'imagerie médicale. Sans évoquer directement le

PIMM, il préconise une meilleure répartition et utilisation des ressources d'imagerie, notamment via des projets de mutualisation.

Cour des comptes, avril 2016, *L'Imagerie médicale Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*

Le rapport « Le Menn et Chalvin » de 2015 permet quant à lui d'appréhender les enjeux de l'attractivité médicale à l'hôpital, auxquels le PIMM public-public tente de répondre.

LE MENN J. et CHALVIN P., juin 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, rapport remis au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

### Articles

De nombreux articles de presse, généraliste ou spécialisée, évoquent le PIMM à divers niveaux (*Techniques hospitalières, Docteur imago, la Revue hospitalière de France, TechHopital, l'Agence de Presse Médicale, Gestions hospitalières, Le Quotidien du médecin...*). Quelques articles méritent d'être cités en particulier :

LARD-HUCHET B., février 2021, « Plateaux mutualisés d'imagerie médicale Nouvelle route à tracer ou risque de naufrage ? », *Revue hospitalière de France*, n° 598

*Docteur imago*, juin 2018, « L'Avenir est-il dans les PIMM ? », dossier accessible en ligne (<https://docteurimago.fr/grand-angle/lavenir-est-il-dans-les-pimm/>)

HOUDART L., janvier 2020, « les plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) mode d'emploi 2020 », *Blog du cabinet Houdart & associés avocats*, accessible en ligne (<https://www.houdart.org/les-plateaux-dimagerie-medicale-mutualisees-pimm-mode-demploi-2020/>)

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE n° 1 : fiches d'identité des établissements parties du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine

ANNEXE n° 2 : appel à projets en vue de la constitution de PIMM dans le sud Nouvelle-Aquitaine – ARS Nouvelle-Aquitaine, mai 2019

ANNEXE n° 3 : décision d'autorisation de création du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine de ARS Nouvelle-Aquitaine, 21 août 2019

ANNEXE n° 4 : Article L6122-15 du Code de la santé publique

ANNEXE n° 5 : détail du projet médical du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine par surspécialité

ANNEXE n° 6 : origine des patients pris en charge par les hôpitaux de Bayonne, de Mont-de-Marsan, de Dax et de Saint-Palais

ANNEXE n° 7 : circuit informatique complet du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine

ANNEXE n° 8 : étude économique – juin 2019

ANNEXE n° 9 : étude économique – novembre 2019

ANNEXE n° 10 : carte du bassin de population basco-landais

ANNEXE n° 11 : carte de l'offre de médecine générale libérale et du zonage des besoins – territoire basco-landais

ANNEXE n° 12 : carte de la densité d'omnipraticiens libéraux du territoire basco-landais pour 10 000 habitants

ANNEXE n° 13 : liste des personnes interrogées

## ANNEXE n° 1 : fiches d'identité des établissements parties du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine

Fiche d'identité du Centre hospitalier de la Côte basque :

<b>Nombre de lits et places</b>	<b>Budget annuel</b>	<b>Nombre de salariés (ETP)</b>	<b>Nombre de radiologues</b>
1 300	300 millions €	3 600	22

Fiche d'identité du Centre hospitalier de Saint-Palais :

<b>Nombre de lits et places</b>	<b>Budget annuel</b>	<b>Nombre de salariés (ETP)</b>	<b>Nombre de radiologues</b>
70	20 millions €	230	11*

Fiche d'identité du Centre hospitalier de Dax :

<b>Nombre de lits et places</b>	<b>Budget annuel</b>	<b>Nombre de salariés (ETP)</b>	<b>Nombre de radiologues</b>
1 000	180 millions €	2 100	4

Fiche d'identité du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan :

<b>Nombre de lits et places</b>	<b>Budget annuel</b>	<b>Nombre de salariés (ETP)</b>	<b>Nombre de radiologues</b>
1 200	200 millions €	2 500	5

\* Tous ces radiologues exercent principalement à l'hôpital de Bayonne, et interviennent à Saint-Palais dans le cadre du pôle inter-établissements.

**ANNEXE n° 2 : appel à projets en vue de la constitution de PIMM  
dans le sud Nouvelle-Aquitaine – ARS Nouvelle-Aquitaine,  
mai 2019**



**Appel à projets en vue de la constitution de  
plateaux d'imagerie médicale mutualisé  
(PIMM) dans le sud Nouvelle Aquitaine.**

*Complété par le dossier-type, à renseigner en  
totalité*

*MAI 2019*

Le présent appel à projets est lancé en **application de l'article L6122-15 du Code de la Santé Publique (CSP)**, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art. 113) qui dispose qu'une autorisation de création de *plateau d'imagerie médicale mutualisé* (PIMM) peut être accordée après un appel à projet lancé par l'Agence Régionale de Santé et après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

#### **1. RAPPEL DU TEXTE INTEGRAL DE L'ARTICLE L6122-15 DU CSP**

*« 1. Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.*

*2. Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.*

*3. Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé.*

*4. Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2.*

*5. Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3 en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds.*

**6. L'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelables, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé.**

*7. Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique.*

*8. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au même article L. 6122-13.*

*9. La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.*

*10. Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles. La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code. »*

## 2. OBJECTIF ET CONTEXTE DU PRESENT APPEL A PROJETS

L'objectif de cet appel à projets (AAP) pour la constitution de plateaux mutualisés d'imagerie médicale (ci-après dénommés PIMM) est de favoriser l'optimisation des organisations de l'imagerie dans le Sud Nouvelle Aquitaine initialement délimité aux départements des Pyrénées Atlantiques et des Landes, pour améliorer leur réponse aux besoins de la population, en favorisant la mutualisation des moyens humains et matériels d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé.

Il s'agit ainsi de *renforcer et de rendre plus lisible l'offre d'imagerie médicale* ainsi que de *conforter la permanence des soins en imagerie sur le territoire*, pour surmonter les difficultés actuelles de l'imagerie diagnostique et/ou interventionnelle :

- Demande d'imagerie très rapidement croissante, tant en quantité qu'en qualité ;
- Baisse importante et durable de la démographie médicale des médecins radiologues, notamment au sein des établissements publics de santé, dont les équipes peuvent ne pas avoir la taille critique nécessaire ;
- Contraintes financières dans une majorité d'établissements incitant à différer le renouvellement ou la modernisation des équipements d'imagerie, alors que la sophistication de ceux-ci ne fait que s'accroître depuis plusieurs décennies ;
- Pression croissante sur les équipes de la charge de la continuité et - surtout - de la permanence des soins, en raison notamment des exigences des services d'urgence.

Comme le prévoit le Schéma régional de santé 2018-2023<sup>1</sup>, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine lance cet AAP dans le Sud Nouvelle Aquitaine pour répondre à des besoins particulièrement urgents et qui ont déjà suscité plusieurs initiatives convergentes de certains professionnels de l'imagerie de ce territoire.

### **1 Cf. ces extraits du Schéma régional de santé 2018-2023 :**

*« Les modifications technologiques (numérisation de l'image, possibilités de traitement et de transmission aisée et rapide, essor de l'imagerie en coupe, de l'imagerie par résonance magnétique et de la médecine nucléaire) et de pratiques que connaît l'imagerie médicale doivent être accompagnées. En effet, la pénurie de radiologues sur certains territoires nécessite de garantir l'accès aux diagnostics d'imagerie par l'organisation d'une offre visant l'objectif d'un taux d'équipement équitable entre les territoires en prenant en compte la population et la charge en soins des territoires, et l'objectif d'amélioration de l'attractivité des organisations pour les radiologues.*

*Aussi, cette attractivité passe-t-elle par le développement d'un système d'information radiologique, d'archivage et de transmission des images commun et unique dans le cadre de plateaux techniques d'imagerie de taille plus importante qu'ils soient propres à un groupement hospitalier de territoire (GHT), privés, ou développés dans le cadre de coopérations public/privé autour de groupements de coopération sanitaires (GCS) ou de plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM). En effet, la gradation de l'offre en réseau nécessite d'être organisée autour d'équipes de taille suffisante permettant de développer et de mutualiser des surspécialités (imagerie cardio-vasculaire, neuroradiologie, imagerie abdominale et digestive, etc.), gages d'attractivité pour les praticiens. »*

### 3. STRUCTURE PORTEUSE DU PROJET

Les promoteurs souhaitant répondre au présent AAP doivent tout d'abord indiquer et justifier le *mode de structuration juridique* choisi pour mettre en œuvre leur projet, s'il était autorisé :

- En cas de constitution d'une *nouvelle structure juridique*, par exemple un groupement de coopération sanitaire (GCS), le projet de convention constitutive doit être fourni, prêt à la signature et à l'approbation du Directeur général de l'Agence.
- Si le projet est porté par une *structure préexistante*, telle qu'un GCS, par exemple, sa convention constitutive doit alors être fournie. Elle doit prévoir dans les missions de cette structure la possibilité de créer un PIMM (ou tout au moins comporter dans les missions un item dans lequel la création et la gestion d'un PIMM puissent s'inscrire).

Toute proposition de PIMM doit regrouper au moins :

- Un ou plusieurs établissements de santé (publics ou privés), dont les instances doivent avoir approuvé le projet de créer un PIMM (un extrait des décisions ou délibérations à ce propos doit être fourni, signé par le représentant légal de l'établissement). Une synthèse du projet médical de chaque établissement doit également être fournie dans le dossier de réponse, permettant de comprendre le positionnement du PIMM dans la stratégie de l'établissement de santé et dans celle du GHT auquel il appartient ou dont il est partenaire, le cas échéant.
- Des professionnels médicaux de l'imagerie, volontaires pour se regrouper autour du (ou des) établissement(s) de santé, adhérant au projet à titre individuel ou par l'intermédiaire de leur(s) société(s) d'exercice professionnel. Chacune de ces équipes médicales d'imagerie doit être présentée, avec son projet médical propre, et ses motivations pour contribuer à la création du PIMM.

Hormis l'article L6122-15 du Code de la santé publique (CSP), la réponse à cet AAP doit également respecter les dispositions et la procédure réglementaire appropriées, détaillées notamment aux articles R6122-23 à R6122-44 du CSP pour tout ce qui a trait aux autorisations d'équipements lourds d'imagerie.

### 4. CRITERES D'APPRECIATION ET DE SELECTION DES DOSSIERS

En vue de son éventuelle autorisation, le projet sera évalué par l'Agence régionale de santé, à partir du dossier transmis et de toutes ses parties (selon le plan détaillé du dossier-type ci-joint qui devra être accompagné des documents annexes nécessaires) **au regard des critères d'appréciation suivants :**

- Le respect de la législation et de la réglementation ;
- La cohérence du projet avec les objectifs et les impératifs du Schéma régional de santé, et en particulier en matière d'accessibilité aux soins et d'intégration territoriale ;
- La complétude, l'intérêt et la précision du projet médical, pour tous les points du dossier-type annexé au présent AAP ; seront tout particulièrement analysées les propositions permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins pour les patients hospitalisés et ambulatoires.
- La qualité des équipes médicales et paramédicales proposées pour le mettre en œuvre ;
- La pertinence et la justification de l'argumentation technique, immobilière, financière, permettant de conclure que le projet sera durablement viable et pilotable, robuste et équilibré entre ses partenaires, en équilibrant les charges avec les recettes, sans faire peser sur les établissements de santé publics des contraintes qui seraient hors de proportion avec l'intérêt qu'ils y trouvent.

## 5. MODALITES DE RECEPTION DES DOSSIERS & PROCEDURE

La réponse à cet appel à projet comporte :

- Le dossier type de réponse,
- Les pièces annexes demandées.

Les réponses, adressées au Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie, Samuel PRATMARTY, doivent parvenir à l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine **le mercredi 05 juin 2019** au plus tard :

- Sous format électronique aux adresses suivantes : [ars-na-dosa@ars.sante.fr](mailto:ars-na-dosa@ars.sante.fr) ; [ars-na-dosa-offre-soins@ars.sante.fr](mailto:ars-na-dosa-offre-soins@ars.sante.fr)

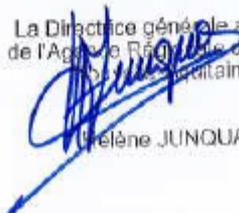
Après la clôture de la fenêtre de réception des réponses, le 05 juin 2019, leur instruction permettra de sélectionner le ou les dossiers retenu(s).

Le **comité de sélection**, interne à l'Agence, sera composé de Samuel PRATMARTY (Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie), Elodie COUAILLER (Directrice des financements), Romain ALEXANDRE (Directeur de la délégation départementale des Landes de l'Agence Régionale de Santé), Maritxu BLANZACO (Directeur de la délégation départementale des Pyrénées Atlantiques de l'Agence Régionale de Santé) France BERETERBIDE (Directrice déléguée chargée de l'offre de soins), Marie BESSON (Responsable du département offre de soins plateaux techniques), Sabine COLMET (Chargée de mission au département offre de soins plateaux techniques) et Pierre-Antoine FOUGEROUSE (Conseiller médical pour l'imagerie).

Les dossiers retenus seront soumis pour avis à la **CSOS du 5 juillet 2019**

Le directeur général de l'ARS autorisera les projets sélectionnés dans le courant du mois de juillet 2019

Pour toute question relative à la procédure et à la composition du dossier vous pouvez contacter le docteur Pierre-Antoine FOUGEROUSE par mail : [pierre-antoine.fougerouse@ars.sante.fr](mailto:pierre-antoine.fougerouse@ars.sante.fr)

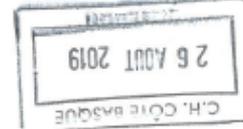
La Directrice générale adjointe  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine  
  
Hélène JUNQUA

**ANNEXE n° 3 : décision d'autorisation de création du PIMM Sud-  
Nouvelle-Aquitaine – ARS Nouvelle-Aquitaine, 21 août 2019**

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE  
Pôle Offre de soins  
Département soins et plateaux techniques hospitaliers

Dossier suivi par : Guillaume Beljean  
Téléphone : 05 55 11 54 50  
Courriel : [ars-na-dosa-autorisation-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-na-dosa-autorisation-sanitaire@ars.sante.fr)

Bordeaux, le 21 AOUT 2019



Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de la Côte Basque  
13 avenue de l'Interne Jacques Loeb  
64109 BAYONNE

Lettre recommandée avec accusé de réception 2C 087 868 8503 3

Monsieur le Directeur,

Vous trouverez, ci-joint, copie de ma décision n° 2019-170, portant autorisation de création du plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) « Sud Nouvelle-Aquitaine ».

Je vous précise que l'autorisation de création du PIMM Sud Nouvelle-Aquitaine est donnée au centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB) dans l'attente de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire de moyens, prévue avant la fin de l'année 2019.

J'attire votre attention sur la nécessité d'atteindre un équilibre médico-économique dans ce projet, une réunion d'échange sur ce sujet est d'ores et déjà programmée.

Lorsque le GCS sera constitué, il devra solliciter la confirmation de l'autorisation suite à cession, conformément aux articles L. 6122-3 et R. 6122-35 du code de la santé publique.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine  
par délégation

La Directrice générale adjointe  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine

Hélène JUNQUA

**Décision n° 2019-170**

*portant autorisation de création  
du plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM)  
« Sud Nouvelle-Aquitaine »*

*délivrée au centre hospitalier de la Côte Basque  
à Bayonne (64)*

**Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine**

**VU** le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6122-1 à L. 6122-21, et R. 6122-23 à R. 6122-44 relatifs aux autorisations; et son article D. 1432-38 relatif aux missions de la Commission spécialisée de l'organisation des soins de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie,

**VU** le code de la sécurité sociale,

**VU** la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

**VU** la loi n°2011-9940 du 10 août 2011 modifiant la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

**VU** la loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral,

**VU** la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République,

**VU** la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

**VU** l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 portant adaptation des agences régionales de santé (ARS) et des unions régionales de professionnels de santé (URPS) à la nouvelle délimitation des régions,

**VU** le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,

**VU** le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers,

**VU** le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de M. Michel Laforcade, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes,

**VU** le décret n°2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire,

**VU** l'arrêté du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 17 juillet 2018, portant adoption du projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine comprenant le schéma régional de santé (SRS),

**VU** l'arrêté du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 15 février 2019, relatif aux bilans quantitatifs de l'offre de soins pour les activités de soins et les équipements matériels lourds relevant du schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine, et des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire des inter-régions Sud-Ouest et Ouest,

**VU** la décision du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en date du 24 mai 2019, portant délégation permanente de signature, publiée le 27 mai 2019 au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine (n°R75-2019-079),

**VU** l'appel à projets lancé le 13 mai 2019 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en vue de la constitution de plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) Sud Nouvelle Aquitaine, conformément à l'article L. 6122-15 du code de la santé publique,

**VU** le dossier de candidature présenté le 5 juin 2019 par le représentant légal du centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB), 13 avenue de l'Interne Jacques Loeb, à Bayonne (64109), dans l'attente de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) appelé à être la structure juridique support du PIMM,

**VU** l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans sa séance du 5 juillet 2019,

**CONSIDERANT** que le projet de plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) Sud Nouvelle-Aquitaine, porté par les centres hospitaliers de la Côte Basque, de Saint-Palais, de Mont-de-Marsan et de Dax, vise à prendre en charge les patients de ces 4 établissements,

**CONSIDERANT** qu'il a pour objet l'organisation de l'imagerie des établissements publics de santé, du groupement hospitalier de territoire Navarre-Côte Basque et du groupement hospitalier de territoire des Landes,

**CONSIDERANT** que, réunissant les services de radiologie des 4 établissements précités, il a pour objectif d'apporter un niveau d'excellence dans le domaine de la radiologie, diagnostique et interventionnelle, sur le territoire couvert par ces établissements,

**CONSIDERANT** que dans ce cadre, il vise à :

- assurer l'ensemble des prestations attendues par les services de radiologie hospitaliers,
- résoudre les problèmes majeurs de démographie médicale rencontrés par les hôpitaux publics,
- assurer la permanence des soins de soirée et de week-end,

**CONSIDERANT** que les équipements matériels lourds actuellement installés sur les sites concernés, et inclus dans le périmètre du PIMM, sont les suivants :

- 4 appareils d'IRM de 1,5 tesla, dont les autorisations sont détenues par le centre hospitalier de la Côte Basque (1), le centre hospitalier de Dax (1) et le centre hospitalier de Mont-de-Marsan (2),
- 5 appareils de scanographie, dont les autorisations sont détenues le centre hospitalier de la Côte Basque (2), le centre hospitalier de Saint-Palais (1), le centre hospitalier de Dax (1) et le centre hospitalier de Mont-de-Marsan (1),

**CONSIDERANT** que le projet répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma régional de santé, et qu'il est compatible avec les objectifs de ce schéma,

**CONSIDERANT** qu'il permettra de maintenir une démographie satisfaisante des radiologues et d'améliorer la réponse aux besoins de la population du territoire,

**CONSIDERANT** que dans l'attente de la constitution d'un GCS de moyens, prévue avant la fin de l'année 2019, l'autorisation de création du PIMM Sud Nouvelle-Aquitaine sera donnée au centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB),

**CONSIDERANT** que lorsque le GCS sera constitué, il devra solliciter la confirmation de l'autorisation suite à cession, conformément aux articles L. 6122-3 et R. 6122-35 du code de la santé publique,

**CONSIDERANT** que l'autorisation de création du PIMM n'emporte pas accord du financement des deux lignes de garde, tel que sollicité par les établissements de santé concernés dans leur dossier de candidature, et que cette demande sera analysée dans un second temps dans le cadre des axes stratégiques du schéma régional de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES),

## DECIDE

**ARTICLE 1er** – L'autorisation de création du plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) « Sud Nouvelle-Aquitaine » est accordée au centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB), 13 avenue de l'Interne Jacques Loeb, à Bayonne (64109).

**ARTICLE 2** – La présente autorisation est donnée pour une durée de 5 ans, renouvelable expressément, à compter de sa notification.

**ARTICLE 3** – La mise en service du PIMM devra être déclarée sans délai au directeur général de l'ARS.

**ARTICLE 4** – Conformément à l'article L. 6122-15 du code de la santé publique, le titulaire de l'autorisation remet au directeur général de l'ARS un rapport d'étape annuel et un rapport final comportant une évaluation médicale et économique en préalable au renouvellement de l'autorisation du plateau d'imagerie médicale mutualisé.

**ARTICLE 5** – Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé dans les deux mois de sa notification, devant la Ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un recours préalable obligatoire au recours contentieux qui peut être formé devant le tribunal administratif territorialement compétent dans les deux mois suivant la notification ou la publication de la présente décision. (Ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)).

**ARTICLE 6** – La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine, conformément à l'article R. 6122-41 du code de la santé publique.

Fait à Bordeaux, le 21 AOUT 2019

Pour le Directeur général  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine,  
Par déléguation,  
La Directrice générale adjointe  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine

Hélène JUNQUA

## **ANNEXE n° 4 : Article L6122-15 du Code de la santé publique**

Code de la santé publique

Dernière mise à jour des données de ce Code : 08 août 2021 [Légifrance]

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Sixième partie : Établissements et services de santé (Articles L6111-1 à L6441-1)

Livre I<sup>er</sup> : Établissements de santé (Articles L6111-1 à L6163-10)

Titre II : Équipement sanitaire (Articles L6121-7 à L6125-2)

Chapitre II : Autorisations. (Articles L6122-1 à L6122-21)

### **Article L6122-15**

Modifié par Ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021 - art. 2

Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.

Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé.

Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2.

Les autorisations de plateaux mutualisés d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3.

L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelables, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé.

Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique.

L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au même article L. 6122-13.

La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements ou activités de radiologie diagnostique pour les sites qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles. La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du Code de la sécurité sociale.

Les modalités selon lesquelles un hôpital des armées peut participer à un plateau mutualisé d'imagerie médicale sont précisées par décret.

## **ANNEXE n° 5 : détail du projet médical du PIMM Sud-Nouvelle-Aquitaine par surspécialité**

La présente annexe présente le détail de l'organisation médicale du PIMM basco-landais par surspécialité, à l'exception de la radiologie interventionnelle et de l'imagerie des urgences qui font l'objet de développements spécifiques dans le corps du mémoire.

### *Imagerie cérébrale et otorhinolaryngologique (ORL)*

La neuroradiologie est une surspécialité exercée quasi exclusivement à l'hôpital, en lien avec les services d'urgences, de neurologie et de chirurgie. La proximité anatomique des zones cérébrale et ORL fait que ces deux surspécialités sont souvent assurées par les mêmes praticiens.

La neuroradiologie n'est assurée aux hôpitaux de Dax et de Mont-de-Marsan que par une vacation assurée chaque quinzaine par un radiologue du Centre hospitalier de la Côte basque. Le PIMM permettrait de renforcer la présence physique d'un spécialiste à Dax et à Mont-de-Marsan, ainsi que d'organiser des vacations de téléradiologie pendant la semaine. Les neuroradiologues bayonnais se sont déjà impliqués dans la mise en place des protocoles liés à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans les centres hospitaliers landais (thrombectomie).

### *Imagerie digestive*

L'imagerie digestive est une surspécialité qui entretient des liens forts avec les services d'urgences, de gastroentérologie et de chirurgie. Dans une plus large mesure encore que pour la neuroradiologie, il s'agit d'une discipline dont le besoin interventionnel est fort : biopsies, drainages d'abcès, radiofréquences, chimio-embolisations, cathéters intra-artériels, canaux intrahépatiques par voie transjugulaire (TIPS), etc.

En dehors du Centre hospitalier de la Côte basque, cette surspécialité est prise en charge à Dax par un praticien hospitalier partagé avec l'hôpital de

Bayonne. La prestation de biopsie, de drainage et d'interventionnel en semi-urgence est assurée par les jeunes assistants et praticiens arrivés récemment. Au Centre hospitalier de Mont-de-Marsan, la prestation de radiologie digestive est assurée à hauteur d'une journée par semaine. La prise en charge du petit interventionnel doit être assurée localement par un praticien de l'établissement.

Une réunion de concertation pluridisciplinaire est organisée entre les différentes équipes de chaque établissement.

### Imagerie de l'enfant

L'imagerie de l'enfant repose pour beaucoup sur l'échographie, dont seule la moitié des examens est réalisée par des radiologues – les gynécologues-obstétriciens pratiquent en effet massivement cet examen dans le cadre du diagnostic anténatal.

Si la télé-échographie peut être utile en période de garde, elle ne peut s'organiser de manière pérenne en journée, où la présence d'un radiologue sur place est nécessaire et attendue par les patients. Une activité d'échographie pédiatrique doit donc être développée dans chaque établissement, ce qui n'est actuellement le cas qu'à Bayonne, avec 1,5 ETP. Le PIMM prévoit le remplacement d'un radiopédiatre à temps partiel par un praticien à temps plein à Bayonne, complété par la formation ou le recrutement d'un radiopédiatre supplémentaire basé à Dax ou à Mont-de-Marsan, ce qui permettrait d'atteindre une équipe territoriale de trois ETP.

Cet objectif ne sera toutefois que difficilement atteignable, en raison de la pénurie de praticiens qui touche particulièrement cette surspécialité au sein de la radiologie hospitalière.

### Imagerie cardiaque et vasculaire

La surspécialité d'imagerie cardiaque n'est présente qu'à Bayonne. L'hôpital de Mont-de-Marsan dispose toutefois d'un plateau technique de cardiologie.

Sa pratique en téléradiologie se heurte à plusieurs obstacles, dont la nécessité d'une préparation physique du patient devant faire l'objet d'un coroscanner, qui nécessite une surveillance par le médecin. La présence physique du radiologue n'est pas obligatoire pour pratiquer les IRM cardiaques, à condition que celui-ci intervienne régulièrement pour s'assurer de la bonne formation des manipulateurs en électroradiologie (orientation correcte des images en fonction des variations anatomiques). Cette dernière prestation est toutefois particulièrement importante dans le cadre des prises en charge urgentes en cardiologie.

Le PIMM prévoit donc la présence d'un radiologue à Mont-de-Marsan à hauteur d'une journée par mois pour assurer une vacation de coroscanner (prises en charge externes), et une vacation d'IRM cardiaque. Le reste de la prestation IRM serait organisée en téléradiologie, dans le cadre de l'urgence et de vacations réglées.

S'agissant de l'imagerie vasculaire, cette surspécialité comporte un aspect diagnostique avec le doppler et l'imagerie en coupe, et un aspect interventionnel important.

Pour l'imagerie diagnostique par doppler, à Dax comme à Mont-de-Marsan, cette activité est en partie externalisée auprès de médecins angiologues. La délégation auprès de manipulateurs en électroradiologie est mise en place à Bayonne et à Saint-Palais, mais le radiologue référent doit rester à proximité, ce qui paraît difficile à mettre en place à Dax et à Mont-de-Marsan.

L'imagerie en coupe dépend en revanche entièrement de la disponibilité des radiologues, et permet de réaliser des angioscanners et des angioIRM. Il s'agit d'une discipline développée par les radiologues, mais reprise à leur compte par les cardiologues dans certains cas, et les chirurgiens vasculaires dans la plupart des autres situations. Actuellement, l'angioplastie au Centre hospitalier de la Côte basque est assurée en collaboration par les trois spécialités. Cette coopération est très étroite, avec des procédures à quatre mains. Le développement de l'imagerie vasculaire à Dax et à Mont-de-Marsan dépendra

toutefois des capacités de collaboration entre spécialités, qui peuvent entretenir une logique de compétition. Le PIMM pourra toutefois répondre aux besoins d'imagerie réglée, au besoin en téléexpertise.

### Imagerie thoracique

Dans le domaine de l'imagerie thoracique, outre la question des biopsies et du cancer du poumon, le PIMM apportera une importante valeur ajoutée dans la prise en charge de la pathologie interstitielle et des pathologies pulmonaires de l'immunodéprimé. Ces prises en charge nécessitent en effet un niveau de compétence élevé, qui conduit fréquemment à des demandes d'expertise d'un surspécialiste ou d'un pneumologue.

L'organisation du PIMM doit donc compter au moins deux radiologues spécialisés en imagerie thoracique. Ces deux praticiens, dont un sera recruté, assureront des vacations de scanner thoracique dans les différents établissements du PIMM, assurer la télé-expertise, animer une réunion mensuelle relative à la pathologie interstitielle et participer aux réunions de concertation pluridisciplinaires de cancérologie thoracique.

### Imagerie de la femme

Au Centre hospitalier de la Côte basque, il existe une filière de sénologie complète qui propose notamment la tomosynthèse, l'échographie avec élastrographie et un mammotome. L'activité est assurée par trois praticiens hospitaliers à temps plein.

À Dax, la totalité de la prestation est assurée par le secteur privé, et il n'est pas prévu de remettre en question ce système, qui donne satisfaction.

À Mont-de-Marsan, la sénologie hospitalière ne permet de proposer qu'une seule vacation hebdomadaire de dépistage simple. Le projet prévoit donc le recrutement d'un nouveau médecin, et le soutien de l'équipe de Bayonne pour aider à la montée en puissance de la sénologie montoise.

Par ailleurs, il est prévu la mise en place de vacations réglées d'IRM pelvienne interprétées à Bayonne par téléradiologie. Cette organisation serait facilitée par la pratique existante de demandes d'expertise de l'équipe du Centre hospitalier de la Côte basque par les gynécologues montois. La réglementation interdit toutefois l'interprétation à distance de mammographies dans le cadre du dépistage organisé.

### Imagerie néphrétique et urologique

Cette surspécialité concerne à la fois une activité diagnostique et une activité interventionnelle. La problématique principale concerne l'accès à l'IRM de prostate dans le cadre de l'imagerie diagnostique, qui devrait s'améliorer avec l'acquisition d'un nouvel équipement au Centre hospitalier de la Côte basque. Dans le cadre du PIMM, il est prévu de recruter un surspécialiste de cette discipline pour qu'elle soit disponible plus facilement dans les différents sites.

Pour l'interventionnel, le recours au bloc de radiologie interventionnelle de Bayonne semble la solution la plus simple, compte tenu du risque non négligeable de complications dans ce domaine (néphrotomies difficiles).

### Imagerie ostéo-articulaire

Il s'agit ici du domaine de l'imagerie le plus important en termes de nombres d'actes, et de la surspécialité la plus souvent maîtrisée. Les volumes hospitaliers sont moindres que dans le secteur privé et les radiologues travaillent surtout avec leurs collègues rhumatologues et orthopédistes.

Dans chacun des trois établissements, les compétences nécessaires sont présentes et ne posent pas de difficulté d'organisation particulière.

### Imagerie hématologique et oncologique

Il s'agit d'un domaine qui nécessite également une réelle expertise. Chaque surspécialité assure sa part du travail dans son domaine : les neuroradiologues suivent les glioblastomes, les radiologues digestifs les cancers digestifs, les

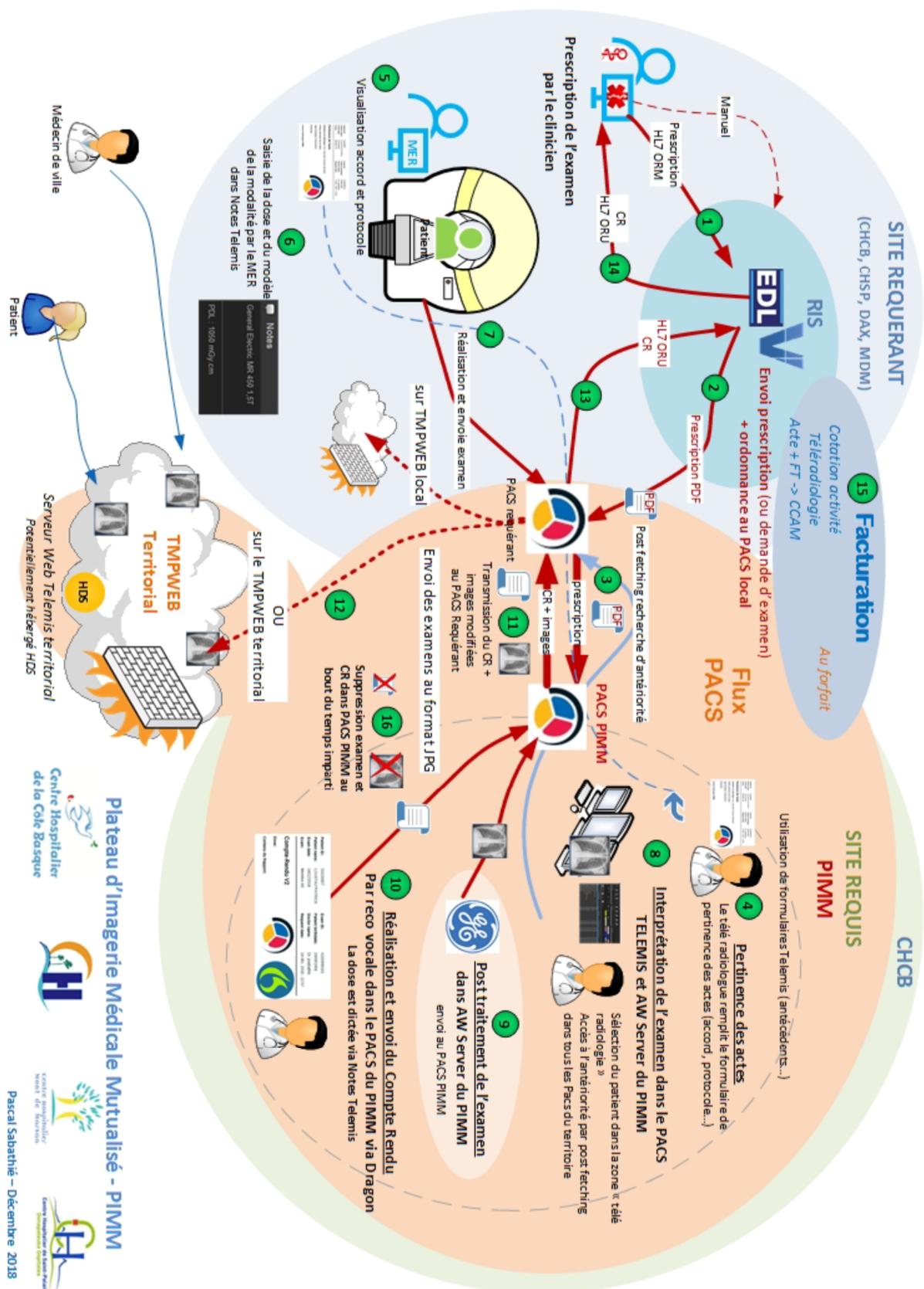
radiologues thoraciques pour les cancers du poumon, etc. La programmation des vacances doit donc être adaptée par les secrétaires sur ce modèle, au niveau du PIMM.

S'agissant de l'imagerie hématologique, qui n'a pas de localisation anatomique particulière, il est prévu de désigner un ou deux radiologues qui s'engageront dans l'analyse de la réponse tumorale, de façon à répondre à cette demande.

**ANNEXE n° 6 : origine des patients pris en charge par les  
hôpitaux de Bayonne, de Mont-de-Marsan, de Dax et de Saint-  
Palais**

	<b>Centre Hospitalier Dax</b>	<b>Centre Hospitalier Mont de Marsan</b>	<b>Centre Hospitalier Saint-Palais</b>	<b>Centre Hospitalier Bayonne</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>40 - LANDES</b>	44 675	76 540	286	22 227	143 728	54%
<b>64 - PYRENEES-ATLANTIQUES</b>	1 543	771	16 159	82 927	101 400	38%
<b>Autres départements</b>	4 675	1 829	364	3 764	10 632	4%
<b>32 - GERS</b>	81	7 606			7 687	3%
<b>33 - GIRONDE</b>	542	949	76	524	2 091	1%
<b>31 - HAUTE-GARONNE</b>	233		21	271	525	0%
<b>75 - VILLE-DE-PARIS</b>			28	246	274	0%
<b>Origine Patients</b>	<b>51 749</b>	<b>87 695</b>	<b>16 934</b>	<b>109 959</b>	<b>266 337</b>	<b>100%</b>

**ANNEXE n° 7 : circuit informatique complet du PIMM Sud-  
Nouvelle-Aquitaine**



- 1 Prescription de l'examen depuis le site requérant par le clinicien (via prescription connectée ou pas)
- 2 Envoi de la prescription (version PDF) PACS TELEMIS local
- 3 Transmission de la prescription au PACS PIMM (ouverture des bases PACS)
- 4 Prise en compte de la demande par le télé radiologue du PIMM – Remplissage du formulaire de pertinence des actes à priori dans le PACS PIMM – Envoi dans le PACS requérant
- 5 Prise en compte de la décision et du protocole par le MR du site requérant
- 6 Saisie de la dose dans les notes Telemis
- 7 Réalisation de l'examen sur le site requérant - envoyé automatiquement au PACS local puis au PACS PIMM
- 8 Visualisation des images par le télé radiologue et interprétation
- 9 Post traitement si besoin via AW Server GE
- 10 Réalisation du CR en reco vocale avec Dragon Medical
- 11 Envoi du CR et des images modifiées au PACS requérant
- 12 Transmission de l'examen au format JPG sur le site web requérant (territorial en cible) pour consultation par les patients et médecins de ville
- 13 Transmission du CR au RIS requérant
- 14 Transmission du CR du RIS requérant au DPI requérant
- 15 Facturation du forfait technique et de l'acte intellectuel par le GAM requérant
- 16 Suppression des données personnelles et de santé au bout de quelques jours

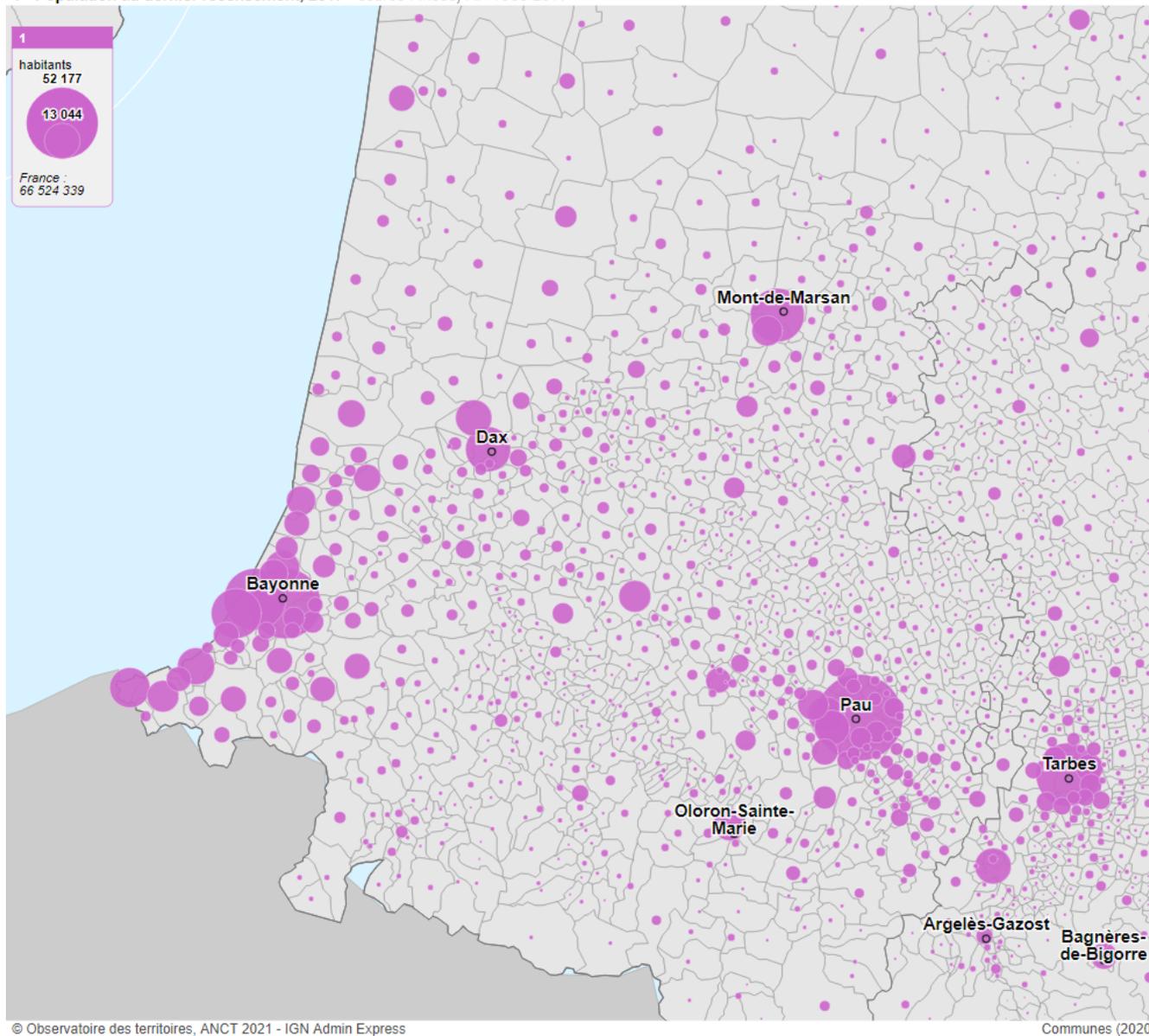
ANNEXE n° 8 : étude économique – juin 2019

ECONOMIES ET SURCOUTS PROPRES A CHAQUE ETABLISSEMENT DANS LE CADRE DU DISPOSITIF				CHCB		CHSP		CH Dax		CH MdM		PIMM	
RECETTES		commentaires	clé proposée	%	€	%	€	%	€	%	€	ETP / nb	€
Surcoûts réorganisation PDS	Création astreinte de sécurité	attention nécessité de réponse aux échographies + filet de sécurité technique / téléradiologie ==>	coût ligne d'astreinte sécurité 20000€, déplacements 5 000€				-		- 25 000		- 25 000		- 50 000
Economies Attendues dans cadre réorganisation PDS	Suppression garde				180 000								180 000
	Suppression Astreinte		selon valorisations spécifiques de chaque établissement ; CHCB : montant ligne astreinte ARS Dax : forfait brut 144€ par nuit MdM : arrêt intérim et paiement astreintes hors téléradio						93 563		83 300		176 863
	Suppression téléradiologie	CH Mont de Marsan uniquement	MdM : suppression téléradiologie								300 000		300 000
	Charges recrutement PM pour activité jour	charges directes par établissement ; refacturation des MAD possibles pour les activités non chiffrées	Evaluation Dr Higué 25/04 soit: CHCB 13,8 présents pour besoin 13,6 => 0 ETP CH MdM 5,4 présents pour besoin 8,4 => 3 ETP CH Dax : 5,7 présents (dont 0,5 privés à ajouter aux données Dr H) pour besoin 6,7 => 1 ETP					1 -	110 000		3 -	330 000	- 440 000
Charges PM liées réouverture ou extension vacances jour	Paiement des frais de déplacement	Pour vacances réglées : corollaires des MAD le cas échéant	chiffrage retenu = existant dans tableau D Higué au 25/04 soit : 0,8 ETP Dax =>CHCB soit 170 A/R 0,1 CHCB => Dax soit 21 A/R 0,3 ETP CHCB => MdM soit 63 A/R 0,1 ETP Dax => MdM soit 21 A/R paiement des frais déplacement nécessaires pour assurer les vacances en journée  Hypothèse versement direct par établissement bénéficiaire => pas de refacturation inter ets	170 -	6 545			21 -	809	84 -	5 366		- 12 719
	Recettes nouvelles liées activité de soirée				71 860		29 000		131 064		205 000		436 924
Recettes nouvelles activité	Recettes liées optimisation ou extension plages de jour	A définir selon potentiel de développement de chaque établissement, recettes nouvelles uniquement forfaits intellectuels	CHCB : recettes nouvelles IRM 3T (gain de 3 vacances) + optimisation vacances actuelles. St Palais : optimisation vacances actuelles + recettes nouvelle IRM en co-utilisation. Mont de Marsan : recettes nouvelles dans le cadre des recrutements de radiologues hors 2ème scanner (cf. RSI PGFP) Dax : recettes nouvelles 2è scanner + Vacances de soirée		142 763		161 539		347 487		340 148		991 937
<b>IMPACT total éléments propres à chaque établissement</b>					<b>388 078</b>		<b>190 539</b>		<b>436 305</b>		<b>568 083</b>		<b>1 583 005</b>
<b>IMPACT GLOBAL PIMM SUR L'ETABLISSEMENT (CHARGES NON COMPENSEES PAR GAINS)</b>					<b>- 178 419</b>		<b>118 845</b>		<b>- 50 488</b>		<b>110 062</b>		<b>0</b>

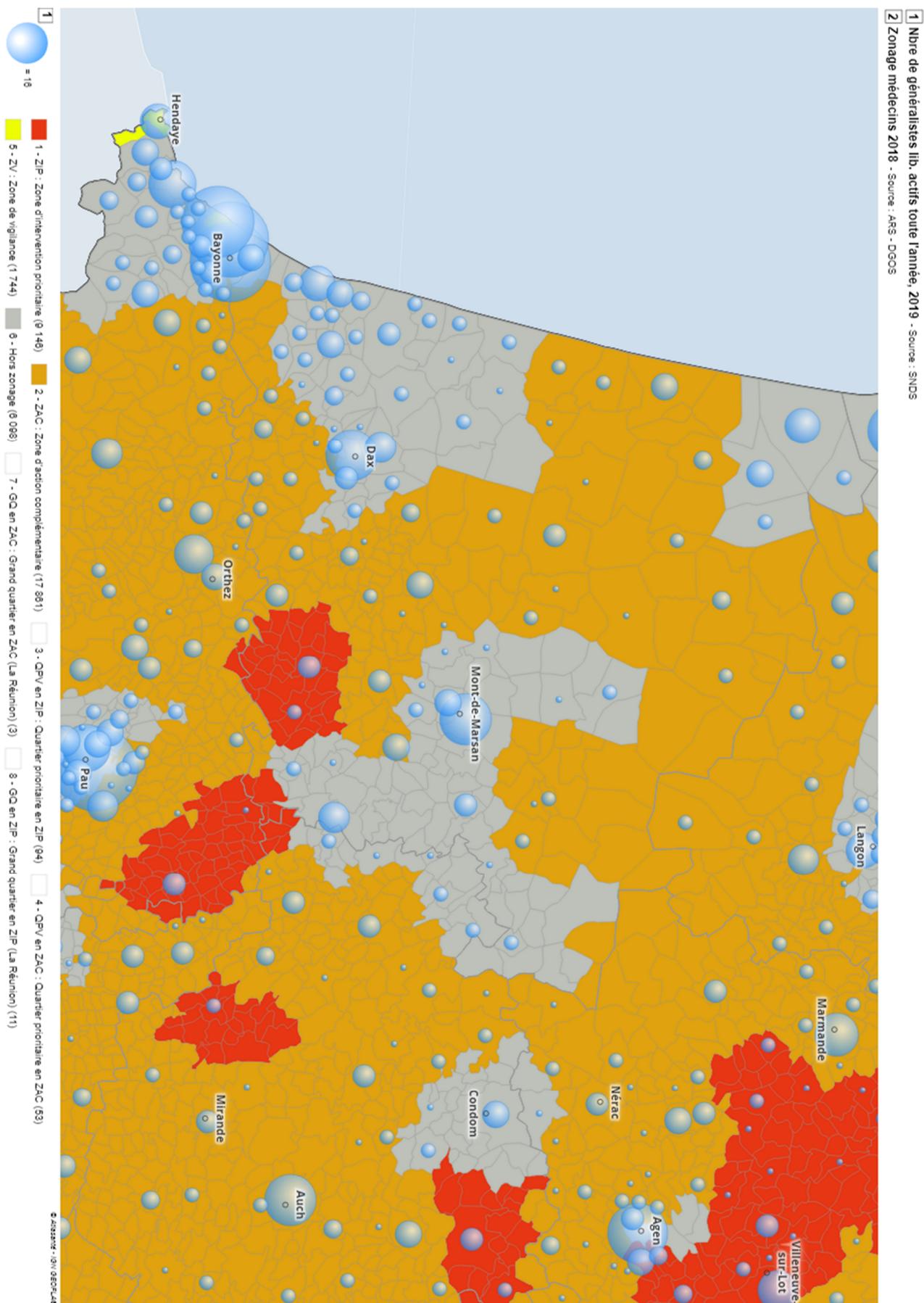
ECONOMIES ET SURCOUTS PROPRES A CHAQUE ETABLISSEMENT DANS LE CADRE DU DISPOSITIF				CHCB		CHSP		CH Dax		CH MdM		PIMM	
RECETTES		commentaires	clé proposée	%	€	%	€	%	€	%	€	ETP / nb	€
Surcoûts réorganisation PDS	Création astreinte de sécurité	attention nécessité de réponse aux échographies + filet de sécurité technique / téléradiologie ==>	coût ligne d'astreinte sécurité 20000€, déplacements 5 000€				-		- 25 000		- 25 000		- 50 000
Economies Attendues dans cadre réorganisation PDS	Suppression garde				180 000								180 000
	Suppression Astreinte		selon valorisations spécifiques de chaque établissement ; CHCB : montant ligne astreinte ARS Dax : forfait brut 144€ par nuit MdM : arrêt intérim et paiement astreintes hors téléradio						93 563		83 300		176 863
	Suppression téléradiologie	CH Mont de Marsan uniquement	MdM : suppression téléradiologie								300 000		300 000
	Charges recrutement PM pour activité jour	charges directes par établissement ; refacturation des MAD possibles pour les activités non chiffrées	Evaluation Dr Higué 25/04 soit : CHCB 13,8 présents pour besoin 13,6 => 0 ETP CH MdM 5,4 présents pour besoin 8,4 => 3 ETP CH Dax : 5,7 présents (dont 0,5 privés à ajouter aux données Dr H) pour besoin 6,7 => 1 ETP					1	- 110 000		3	- 330 000	- 440 000
Charges PM liées réouverture ou extension vacances jour	Paiement des frais de déplacement	Pour vacances réglées : corollaires des MAD le cas échéant	chiffrage retenu = existant dans tableau D Higué au 25/04 soit : 0,8 ETP Dax =>CHCB soit 170 A/R 0,1 CHCB => Dax soit 21 A/R 0,3 ETP CHCB => MdM soit 63 A/R 0,1 ETP Dax => MdM soit 21 A/R paiement des frais déplacement nécessaires pour assurer les vacances en journée  Hypothèse versement direct par établissement bénéficiaire => pas de refacturation inter ets	170	- 6 545			21	- 809		84	- 5 366	- 12 719
	Frais de déplacement		Déplacement						- 5 460				- 5 460
			TTA						- 73 111				- 73 111
	Recettes nouvelles liées activité de soirée				71 860		29 000		131 064		205 000		436 924
Recettes nouvelles activité	Recettes liées optimisation ou extension plages de jour	A définir selon potentiel de développement de chaque établissement, recettes nouvelles uniquement forfaits intellectuels	CHCB : recettes nouvelles IRM 3T (gain de 3 vacances) + optimisation vacances actuelles. St Palais : optimisation vacances actuelles + recettes nouvelle IRM en co-utilisation. Mont de Marsan : recettes nouvelles dans le cadre des recrutements de radiologues hors 2ème scanner (cf. RSI PGFP) Dax : recettes nouvelles 2è scanner + Vacances de soirée		142 763		161 539		347 487		340 148		991 937
<b>IMPACT total éléments propres à chaque établissement</b>					<b>388 078</b>		<b>190 539</b>		<b>357 734</b>		<b>568 083</b>		<b>1 504 434</b>
<b>IMPACT GLOBAL PIMM SUR L'ETABLISSEMENT (CHARGES NON COMPENSEES PAR GAINS)</b>					<b>- 178 419</b>		<b>118 845</b>		<b>- 129 059</b>		<b>110 062</b>		<b>- 78 571</b>

## ANNEXE n° 10 : carte du bassin de population basco-landais

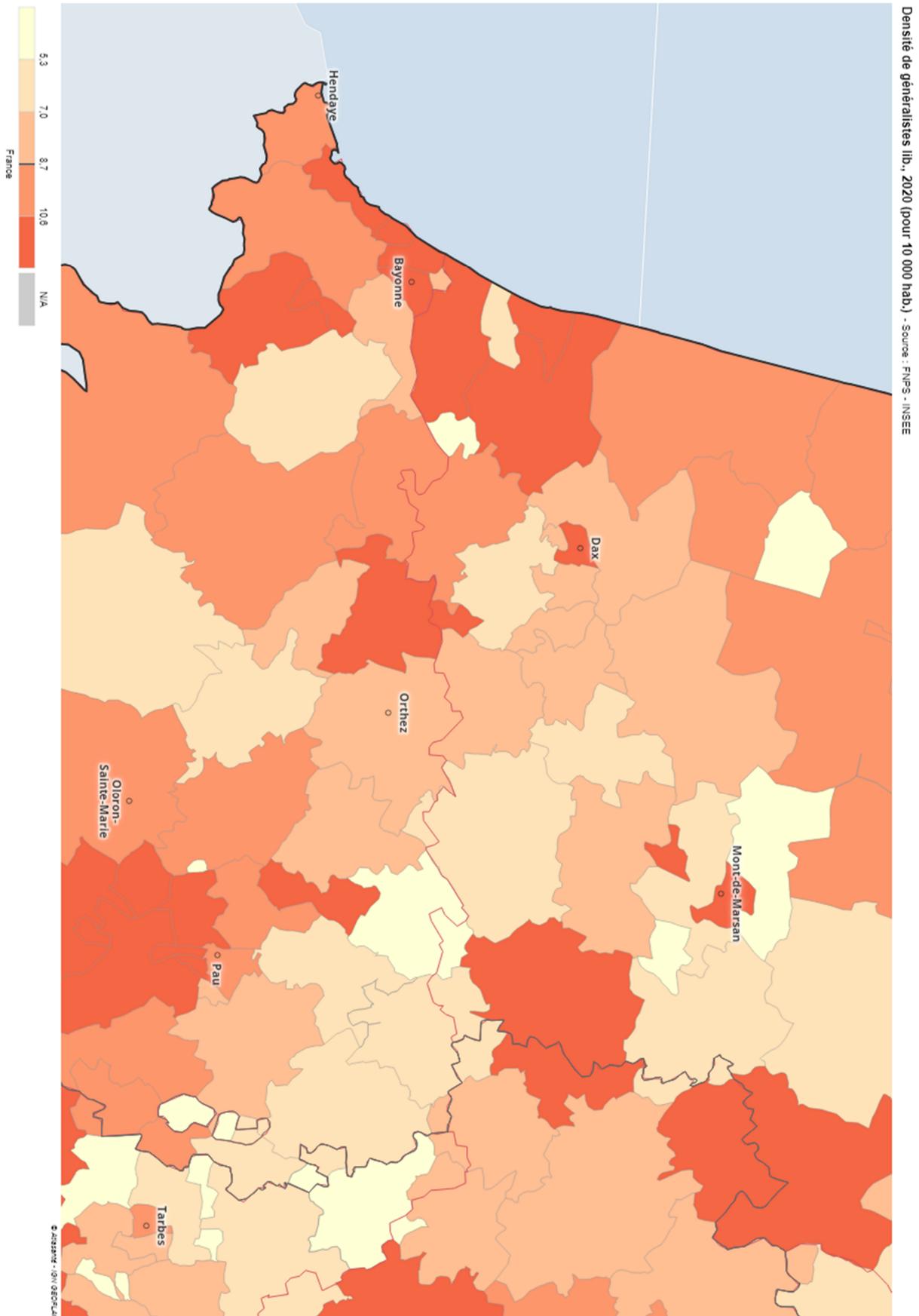
1 - Population au dernier recensement, 2017 - source : Insee, RP 1968-2017



# ANNEXE n° 11 : carte de l'offre de médecine générale libérale et du zonage des besoins – territoire basco-landais



## ANNEXE n° 12 : carte de la densité d'omnipraticiens libéraux du territoire basco-landais pour 10 000 habitants



## **ANNEXE n° 13 : liste des personnes interrogées**

M. Simon Beaudrap, directeur adjoint au Centre hospitalier de Dax

M. Antoine Bigourdan, radiologue du Centre hospitalier de la Côte basque

M. Éric Cléro, chargé de mission à la Direction régionale des finances publiques des Hauts-de-France

M. Sébastien Houadec, directeur adjoint au Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

M. Frédéric Martineau, chef du pôle imagerie des centres hospitaliers de la Côte basque et de Saint-Palais

Mme Violaine Mizzi, directrice adjointe au CHRU de Tours

M. Frédéric Pigny, directeur du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

M. Régis Thual, adjoint au directeur du Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

Dans le cadre de mon stage de direction, j'ai également pu échanger librement avec l'ensemble des membres de la direction commune du GHT Navarre-Côte basque sur le projet Sud-Nouvelle-Aquitaine.



HANNETEL

Louis

Octobre 2021

## Directeur d'hôpital

Promotion 2021

# Relancer les plateaux d'imagerie médicale mutualisés grâce au modèle public-public

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

### **Résumé :**

Depuis leur création, à titre expérimental, par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, les plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) ont rencontré un succès mesuré. Une dizaine de projets de projets ont été initiés en France, et seuls quatre ont pleinement abouti.

L'imagerie médicale est pourtant une spécialité structurante du système de santé, que ce dispositif de coopération sanitaire doit contribuer à optimiser en permettant de rapprocher les secteurs public et privé afin d'offrir une réponse commune aux besoins de la population des territoires.

Face aux limites des rapprochements public-privé, un nouveau modèle se développe, qui vise à structurer l'offre d'imagerie au sein du seul secteur hospitalier. Le projet Sud-Nouvelle-Aquitaine, qui regroupe les ressources d'imagerie de quatre établissements de santé, appartenant aux groupements hospitaliers (GHT) des Landes et Navarre-Côte-basque, fait figure de prototype de ce nouveau modèle.

Si cette nouvelle modalité de coopération entre établissements publics de santé promet une plus grande attractivité médicale et une meilleure qualité de prise en charge des patients, elle reste complexe à mettre en œuvre. Le dispositif pourrait ainsi être amélioré, et mériterait d'être étendu à d'autres spécialités médicales.

### **Mots clés :**

PIMM ; Plateau d'imagerie médicale mutualisé ; imagerie médicale ; coopération ; attractivité médicale ; territorialisation

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*