

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

**CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Sections "Programmation & Agrément" et "Financement"

Réf. : CNEH/D/452-2

**AVIS CONJOINT DES SECTIONS P&A ET FINANCEMENT RELATIF À
L'EXTENSION DE LA PROGRAMMATION EXISTANTE POUR LES APPAREILS
RMN EN BELGIQUE**

Au nom du président,
M. Peter Degadt


Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 14 janvier 2016

Par décision du Bureau du Conseil national des établissements hospitaliers du 08/10/2015, un groupe de travail mixte « Imagerie médicale RMN » a été créé en vue d'examiner la problématique de la pénurie de capacité RMN soulevée dans une note de l'organisation faitière ZORGNET-ICURO du 25/09/2015, et de formuler un avis en la matière à l'attention de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Madame Maggie DE BLOCK.

Le 05/11/2015 s'est réuni un groupe de travail mixte « Imagerie médicale RMN », composé d'une large représentation des membres du CNEH, section Programmation et Agrément et section Financement, assistée de deux experts en imagerie médicale, le Pr Dr G. VILLEIRS (BELMIP) et le Dr P. AERTS.

Exposé du problème

Il existe un large consensus sur le fait que, du point de vue de la santé publique, l'exposition aux rayonnements ionisants dans le cadre de l'imagerie médicale diagnostique, qui est considérablement plus élevée en Belgique que dans les pays voisins, doit d'urgence être limitée au strict nécessaire.

Selon un avis récent du CNEH du 14/03/2013 relatif à l'imagerie médicale, on réduira le plus rapidement possible cette dose élevée d'irradiation, causée par le recours à la radiologie classique et surtout par l'usage excessif de la tomographie par ordinateur (CT), de préférence en remplaçant les examens CT irradiants par un examen RMN dans les indications, là où ce dernier examen est clairement prioritaire.

Le centre d'expertise KCE a déjà formulé cette recommandation en 2009 dans son rapport n° 106B « Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts ».

Enfin, le protocole d'accord du 24 février 2014 conclu entre les ministres fédéraux, communautaires et régionaux compétents a plaidé en faveur d'un élargissement du nombre de services où un tomographe à résonance magnétique est installé, ce qui a conduit à une première

augmentation de la programmation de 12 appareils RMN dans le cadre d'une extension échelonnée du nombre d'appareils.

Afin de pouvoir répondre à la demande d'une substitution optimale des examens CT par des examens RMN dans les indications pathologiques diagnostiques concernées, chaque hôpital doit pouvoir effectuer ce choix et doit, par conséquent, disposer d'un appareil RMN, si l'hôpital en question peut transposer une capacité CT suffisante en RMN.

Dans un premier temps, la ministre fédérale, en exécution du protocole d'accord du 24/02/2014, a promulgué, en date du 08/08/2014, un arrêté royal qui, à compter du 01/01/2015, augmente de 12 le nombre maximum de services où un tomographe à résonance magnétique est installé qui peuvent être exploités (service comptant 1 appareil RMN), à savoir + 5 services RMN en Wallonie et + 7 services RMN en Flandre.

Les organisations faïtières hospitalières FIIH-FNAMS et ZORGNET-ICURO ont toutefois souligné à juste titre dans leur note qu'un plus grand nombre encore d'appareils RMN supplémentaires sont nécessaires pour garantir l'accès aux examens RMN dans chaque hôpital et pour parvenir à diminuer la charge de rayonnement en remplaçant les examens CT par des examens RMN.

En effet, après l'attribution de 12 appareils RMN supplémentaires en 2015, il restera encore 7 hôpitaux sans RMN en Wallonie (5 + 2 à ce jour en exploitation commune avec trois hôpitaux) et 8 en Flandre, de sorte que 15 (quinze) nouveaux appareils RMN sont nécessaires.

On omet encore de préciser ici qu'il existe des hôpitaux fusionnés, qui auraient pu faire valoir chacun séparément leur droit à un appareil RMN avant l'arrêté de fusion. Le groupe de travail préfère cependant ne régler ce dernier problème qu'une fois que tous les hôpitaux disposeront d'au moins un appareil RMN.

De même, la question d'une déprogrammation totale n'est pas à l'ordre du jour, dans la mesure où une telle levée de la programmation et de la décision de chaque service d'imagerie médicale concernant le type d'infrastructure (CT, RMN) à installer, étendre ou renouveler et exploiter, n'est possible que dans le cadre d'une formule budgétaire globale pour l'imagerie médicale par service, en tenant compte des besoins objectifs en examens, et ceci aussi bien pour les patients ambulants sur la base d'indications diagnostiques (registre) que pour les patients hospitalisés selon des modalités encore à définir, et où chaque service d'imagerie médicale doit faire partie d'un hôpital.

Une des causes les plus entravantes d'une substitution CT-RMN déficiente est le temps d'attente encore considérable (de deux à six semaines) avant qu'un examen RMN puisse être réalisé. Cela a pour conséquence qu'un examen CT est finalement réalisé dans l'attente d'une RMN, ce

en dépit de l'existence d'une indication claire pour ce dernier. Sans oublier que cette situation, de par la surconsommation d'examens CT dans certains services d'urgences, conduit au maintien en Belgique d'une exposition excessive de la population aux rayonnements générés par des appareils d'imagerie.

Les experts signalent que le protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale, conformément aux recommandations de BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform), prévoit non seulement une augmentation du nombre d'appareils RMN disponibles, mais aussi des mesures visant à modifier le comportement prescripteur des médecins et à renforcer la prise de conscience des patients vis-à-vis de la charge de rayonnement et, par conséquent, des examens répétés. Dans le même temps, on attire l'attention sur le fait qu'il y a, globalement, de plus en plus d'indications pour des examens CT qui ne peuvent pas tous être convertis en RMN, plus particulièrement dans le cadre du suivi de pathologies oncologiques.

Sachant que l'extension du nombre d'appareils RMN devrait être budgétairement neutre et que l'exploitation de ces appareils supplémentaires devrait être financée par une diminution du nombre d'examens CT, les experts proposent d'augmenter le nombre d'appareils RMN de manière échelonnée (par phases), précisément en raison d'une maîtrise budgétaire incertaine.

Les experts prônent aussi une mesure objective des besoins en examens RMN par hôpital, parce que les hôpitaux de plus grande taille qui possèdent aujourd'hui déjà un ou deux appareils peuvent eux aussi souvent motiver un besoin urgent en capacité RMN supplémentaire. En outre, il y a lieu de faire également la clarté sur le nombre d'appareils RMN non agréés (gris ou noirs) et le lieu où ils sont installés. Les examens effectués sur ces appareils après la création du cadastre en imagerie médicale le 01/04/2016 et l'obligation de mentionner le code d'identification ou numéro d'agrément de l'appareil RMN par examen réalisé sur l'attestation de soins donnés, ne seront-ils plus remboursés ?

Les temps d'attente pour un examen RMN vont-ils encore augmenter quand ces appareils non agréés ne pourront plus être utilisés ?

D'autres membres du groupe de travail doutent de l'efficacité d'un cadastre en imagerie médicale à maîtriser le nombre d'examens.

Financement

Les examens RMN sont actuellement financés en partie par le Budget des Moyens Financiers et en partie par les honoraires des médecins pour les prestations RMN.

Dans le BMF, l'appareil RMN est financé via

- la sous-partie A3 pour le coût d'investissement (145.181,37 euros durant sept ans + sept ans en cas d'adaptation ou « upgrading » pour au moins 50% de la valeur à neuf) et pour le bâtiment ainsi que les charges financières, sur la base des coûts réels;
- la sous-partie B3 pour le coût de fonctionnement (environ 291.885,24 euros pour les hôpitaux privés et 291.326,29 euros pour les hôpitaux publics, par an et par appareil).

Le protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale du 24 février 2014 stipule que la dotation pour la sous-partie A3, qui a été transférée aux Communautés/Régions en vertu de la récente réforme de l'État, n'est pas adaptée lors de l'extension du nombre d'appareils RMN, mais qu'une nouvelle rubrique sera ajoutée à la sous-partie B4 au niveau fédéral, autorisant chaque hôpital qui possède un ou des appareils RMN à compenser, par voie de convention, la diminution de l'aide à l'investissement de la sous-partie A3. Cela permettra à chaque hôpital possédant un ou plusieurs appareils RMN agréés, de disposer d'un montant destiné à couvrir le coût d'investissement et correspondant au montant A3 avant l'augmentation du nombre d'appareils. Pour ce faire, l'article 72 de l'arrêté royal du 25/04/2002 doit encore être adapté.

Lors de la première extension du nombre existant d'appareils RMN agréés (109) à 121 en 2015 via l'ajout de 12 appareils RMN supplémentaires (AR du 08/08/2014), et lors de l'extension échelonnée du nombre d'appareils par la suite, le financement de cette extension devrait être budgétairement neutre.

Plus spécifiquement, de par la substitution des examens CT par des examens RMN, la diminution proportionnelle du nombre d'examens CT devrait permettre une réallocation du budget des honoraires de médecins.

Or, les représentants des médecins sont plutôt favorables à une réintégration des sous-parties A3 et B3 dans les honoraires, et mettent en garde contre un dépassement du budget des honoraires en imagerie médicale consécutif à une substitution CT-RMN insuffisante, et donc contre une augmentation simultanée aussi bien du nombre d'examens CT que du nombre d'examens RMN.

Si, en plus de l'augmentation déjà prévue de 12 appareils RMN en 2015, tous les hôpitaux devaient aujourd'hui disposer d'un appareil RMN, cela nécessiterait une nouvelle augmentation de 15 appareils RMN, ce qui donnerait un total de $109 + 12 + 15 = 136$ appareils RMN.

Si l'on compare à la situation existante, cette extension exigerait de prévoir un budget supplémentaire de compensation pour A3 dans la sous-partie B4 de 4.148.587 euros.

Il faut également tenir compte d'une dépense supplémentaire pour 27 appareils RMN via la sous-partie B3, ce qui nécessite un surcoût de quelque 7.884.000 euros.

Enfin, signalons que l'on a déjà précédemment attiré l'attention par des experts sur le fait que la charge d'investissement et les frais d'entretien de la génération actuelle d'appareils RMN sont plus que suffisamment couverts par la sous-partie A3 resp. la sous-partie B3 du BMF et que le coût de fonctionnement en cas de capacité RMN suffisante et de limitation aux heures de travail normales via la sous-partie B3 sera largement suffisant et devrait par conséquent permettre, sans problème, une réduction limitée de ces montants, bien que cette affirmation soit contredite par certains représentants d'hôpitaux.

Avis

Considérant le précédent avis du CNEH du 14/03/2013 relatif à l'imagerie médicale, qui a calculé une augmentation de 33 appareils RMN pour pouvoir répondre à la demande en examens RMN sur une période de quatre ans, on pourrait dire que moyennant une utilisation optimale de l'appareil RMN, l'augmentation calculée ci-dessus de $12 + 15 = 27$ appareils RMN peut absorber la demande en examens RMN et permettre la substitution souhaitée des examens CT irradiants par des examens RMN dans chaque hôpital.

On ne tient pas encore compte ici de quelques hôpitaux fusionnés qui, sans le mouvement de fusion, auraient pu faire valoir leur droit à plus d'un appareil RMN, et font constater à ce jour d'un grand besoin objectif en capacité RMN supplémentaire, ce qui appelle également une solution urgente.

Selon l'avis de BELMIP et les dispositions du protocole d'accord du 24/02/2014 relatif à l'imagerie médicale, une extension progressive, par phases, du nombre d'appareils RMN, accompagnée d'une amélioration du comportement prescripteur des médecins en matière d'imagerie médicale et d'une prise de conscience de la population vis-à-vis des examens irradiants, devrait être réalisée sur une période de cinq ans dans un contexte budgétairement neutre.

Le CNEH signale toutefois que près de trois ans se sont déjà écoulés depuis l'avis du CNEH du 14/03/2013, que la substitution d'examens CT irradiants par des examens RMN n'est possible

que si chaque hôpital dispose d'une capacité RMN, et recommande, pour ces raisons, d'**étendre la programmation existante de 15 appareils RMN supplémentaires en plus des 12 appareils RMN déjà prévus dans l'arrêté de programmation du 25/04/2014.**

L'impact budgétaire d'une telle extension de la programmation est impossible à évaluer avec certitude en fonction de la substitution ou non des examens CT par des examens RMN, mais cette même incertitude existe aussi bien pour une extension échelonnée (par phases) du nombre d'appareils RMN que pour une extension immédiate de 27 appareils.

La déprogrammation effective d'appareils RMN, ce qui résoudrait également le problème de quelques hôpitaux fusionnés dont la capacité RMN est insuffisante, ne peut être envisagée que moyennant la mise en place d'un modèle de financement entièrement adapté, qui calcule un budget d'imagerie médicale (dont CT et RMN) pour chaque hôpital ou réseau d'hôpitaux en fonction de besoins objectifs en examens aussi bien pour les patients ambulants sur base d'indications diagnostiques (registre) que pour les patients hospitalisés selon des modalités encore à définir. Cela permet au service d'imagerie médicale, avec la direction de l'hôpital, de décider de manière autonome dans quelle infrastructure il est nécessaire d'investir en priorité, selon des besoins objectifs en examens d'imagerie.

Références

- Deprogrammatie NMR met budgetbeheersing. Note Zorgnet-Icuro 25/09/2015.
- La programmation RMN. Note FIH-FNAMS, octobre 2015.
- Protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale du 24/02/2014, MB 20/06/2014.
- Avis CNEH/D/422-2 du 14/03/2013 concernant l'imagerie médicale.
- Nota t.a.v. het Observatorium Patiëntenmobiliteit: monitoring van de wachtlijsten bij presentatie medische beeldvorming 2009-2013. IMA-AIM 30-09-2015.
- Arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 2006 fixant le nombre maximum de services où un tomographe à résonance magnétique est installé qui peuvent être exploités. MB 08/08/2014.
- Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. KCE rapport 106B, 2009.

