

---  
**Direction générale de l'Organisation  
des Etablissements de Soins**

---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

---  
**Section «Programmation et Agrément»**  
---

**Réf. : CNEH/D/254-3 (\*)**

**AVIS RELATIF À LA TOMOGRAPHIE AXIALE À RÉSONANCE  
MAGNÉTIQUE**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,  
Le secrétaire,

C. Decoster

**(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial du 12 janvier 2006**

Au cours de sa réunion extraordinaire du 25 octobre 2005, la section « programmation et agrément » a pris connaissance de la demande d'avis du 17 octobre 2005 concernant le tomographe axial à résonance magnétique. Cette demande d'avis annonçait un élargissement du nombre d'appareils à RMN (40) qui peuvent être exploités et financés par le biais du budget des moyens financiers à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Cette modification dans la programmation de la RMN, de même que l'extension du parc d'appareils, a suscité une réflexion générale en ce qui concerne les critères de répartition de ces appareils.

Vu l'importance de la demande, la Section « programmation et agrément » a décidé de convoquer en urgence le groupe de travail mixte « imagerie médicale », sous la présidence du Pr Janssens. Le Ministre souhaitait un avis pour fin janvier 2006. Le groupe de travail s'est réuni le 7 novembre 2005, le 7 décembre 2005 et le 9 janvier 2006.

#### 1. PRÉAMBULE À TOUTE CONSIDÉRATION

Le Conseil souhaite rappeler, en préambule, son avis du 11 mars 2004 dans lequel le Conseil avisait d'abandonner toute programmation en ce qui concerne le tomographe axial à résonance magnétique. Cependant, une minorité souhaitait maintenir une programmation.

#### 2. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EXTENSION DE 40 RMN

##### A. Objectifs de l'extension

1. Un des objectifs de cette extension serait de permettre au plus grand nombre d'hôpitaux de pouvoir appliquer les guidelines du Collegium Radiologicum, en agréant des hôpitaux qui ne disposent pas encore d'un appareil RMN.  
Comme il a été exposé dans la lettre du Pr Struyven, président du Consilium Radiologicum, souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il faut viser à ce que ces appareils aient un taux d'utilisation justifié suffisant, sans quoi l'on risque une surconsommation d'actes ou une expertise moins optimale des radiologues.
2. Facteur aussi important que la possibilité de suivre les guidelines, le besoin en appareils RMN au sein de l'hôpital est également conditionné par le nombre de patients dont ledit hôpital s'occupe et ses besoins en matière d'examen RMN. Si ce n'est pas le cas, l'on risque de créer une injustice en ce qui concerne l'accessibilité pour les patients. Ainsi, dans certains hôpitaux, un appareil additionnel devra quand même être installé. Le Conseil se réjouit dès lors de lire dans la lettre du Ministre que l'intention est de procéder à une extension de 40 appareils RMN, et non de 40 services.
3. Il importe de déterminer, pour ces 40 appareils RMN additionnels, quelle proportion sera octroyée aux Communautés et aux Régions. Le Conseil souhaite mettre l'accent sur le fait que la Communauté germanophone a effectivement des besoins spécifiques en ce qui concerne les RMN, et il recommande de réserver au minimum un appareil RMN pour cette communauté et ce, indépendamment des critères d'octroi proposés.

##### B. Critères possibles à prendre en compte en ce qui concerne l'extension de 40 appareils RMN

1. L'octroi d'appareils RMN supplémentaires (40) doit en tout cas se baser sur les activités. L'octroi sur la base des activités empêche de créer des inégalités en ce qui concerne l'accessibilité du patient à l'examen RMN.

Ces activités doivent être évaluées par le biais de données disponibles qui ne soient pas matière à discussion ou à interprétation. Il faut être préparé à utiliser des données relatives à des activités se rapportant autant que possible à l'utilisation de RMN.

Les critères d'octroi, qui sont élaborés sur la base des activités, doivent s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux, en ce compris les hôpitaux universitaires. Les RMN additionnels par faculté de médecine disposant d'un programme d'étude complet pour la formation en médecine et sortant du cadre de la programmation sont maintenus, et ce sur la base de la mission spécifique concernant la formation et l'élaboration de nouvelles applications et procédures.

2. Dans le cadre de l'octroi d'un appareil RMN sur la base des activités, il est préférable de prévoir un assouplissement des exigences relatives à l'octroi d'un premier appareil, par rapport à l'octroi d'un appareil additionnel. Cet assouplissement a pour objectif d'autoriser un nombre suffisamment important d'hôpitaux à suivre les guidelines du Consilium Radiologicum, mais, comme il a déjà été signalé, en veillant effectivement à avoir une utilisation complète et justifiée par appareil.

Pour l'octroi d'un appareil additionnel, il est préférable de se baser sur les tranches d'activité. Cela permet de garantir au patient l'accessibilité à l'examen RMN.

3. Il y a lieu de promouvoir la collaboration entre les hôpitaux en ce qui concerne l'utilisation d'appareils RMN. Cette collaboration importe surtout pour l'octroi d'un premier appareil. La collaboration entre les hôpitaux encourage l'utilisation complète et justifiée de l'appareil RMN. Il est clair que les hôpitaux qui optent pour la collaboration renoncent à demander un premier appareil qui leur soit propre. Les accords actuels, ou ceux qui seront conclus ultérieurement, en ce qui concerne la collaboration en matière de RMN, entre 2 ou plusieurs hôpitaux, ne peuvent pas être résiliés unilatéralement par un des hôpitaux collaborant qui penserait pouvoir demander un RMN complet. Le Conseil insiste sur le fait que les collaborations actuelles doivent être honorées, même si cela n'inclut pas de demande d'un nouvel appareil.

Le Conseil considère cette collaboration relative surtout à un premier appareil RMN fixe dans le cadre d'un des hôpitaux participant ; en ce sens, il préconise d'assouplir l'actuelle limitation à une distance de 5 km. Si cette collaboration est fortement étendue sur le plan géographique, un appareil mobile peut être envisagé dans des cas plus rares. La collaboration suppose également qu'une seule équipe de radiologues en assure l'exploitation conjointe, et ce en raison de la tenue d'une permanence, du contact nécessaire avec les cliniciens et de la possibilité de différenciation dans le cadre d'une RMN.

4. En ce qui concerne l'octroi d'un appareil RMN (premier appareil ou appareil additionnel), le critère à utiliser pour l'évaluation des activités pourrait être le nombre d'admissions, comme l'actuelle réglementation le prévoit. Le cas échéant, le Conseil propose d'abandonner la distinction entre admissions avec et sans nuitée.

Cependant, vu la tendance actuelle qui consiste à utiliser la nature et la lourdeur de la pathologie le plus longtemps possible pour le financement hospitalier, pour la forfaitarisation des dépenses en matière de médicaments et quelques prestations médicales, et que l'on évolue, en Europe, vers la définition des tâches, la

normalisation et le financement en fonction de la pathologie, on pourrait également utiliser le critère des lits justifiés (concept qui n'existait pas encore dans la programmation précédente de la RMN) pour l'évaluation des activités dans le cadre de l'octroi des appareils RMN.

Etant donné que la plupart des examens RMN sont effectués pour des patients ambulatoires (bien que de plus en plus d'examen RMN sont à mettre en rapport avec une admission future ou une post-admission de suivi), le nombre de maxi forfaits pour l'hospitalisation de jour oncologique pourrait être comptabilisé dans le critère de lits justifiés, vu qu'une partie non négligeable des examens RMN a été effectuée dans le cadre d'une pathologie oncologique.

5. Il est important que les hôpitaux auxquels un (ou plusieurs) appareil(s) RMN a (ont) déjà été octroyé(s) dans le cadre de la programmation, conservent cet octroi lors de la répartition des 40 nouveaux appareils RMN. L'hôpital qui se voit octroyer un premier appareil RMN ou un appareil RMN additionnel, doit également avoir l'assurance de pouvoir le conserver, au moins pendant la période d'amortissement. Si les appareils octroyés dans le cadre de la répartition des 40 nouveaux appareils RMN ne sont pas installés après une période de  $\pm 1,5$  ans, ils sont répartis sur d'autres hôpitaux.
6. Le Conseil souhaite également attirer l'attention sur le fait que, pour garantir une méthode identique de financement des appareils et des prestations, l'utilisation des RMN doit être basée sur des directives pertinentes et une nomenclature adaptée en ce sens.

Le Conseil signale également qu'il relève de la responsabilité des radiologues de choisir la technique la plus appropriée, en concertation avec le prescripteur. Ils doivent documenter et motiver les dérogations.

Le Conseil préconise également de procéder à une évaluation de la qualité; à cet égard, il est essentiel d'exécuter correctement l'article 52.

7. Le Conseil estime que les normes d'agrément pour les services (art 44, 45, 46, 47, 48§1), telles que reprises dans l'actuelle législation, ne doivent pas être adaptées. En cas d'utilisation de RMN mobile, il convient d'adapter l'art. 48§1, afin que cet RMN mobile ne soit utilisé que dans les hôpitaux participants.
8. Des évolutions récentes de la technologie RMN vont entre autres dans le sens d'appareils dédiés à des applications très spécifiques, souvent hautement spécialisées. A titre d'exemple, on peut citer l'utilisation de la technologie RMN peropératoire pendant certaines interventions neurochirurgicales. De tels appareils ne peuvent en aucune façon être considérés comme des appareils pouvant remplacer une RMN classique. A cet égard, une réglementation doit rapidement être élaborée.

### Propositions

Pour la répartition des 40 appareils RMN supplémentaires, le Conseil propose deux options possibles, sans exprimer une préférence pour l'une de ces deux possibilités.

- Si le Ministre opte pour le critère de lits justifiés, le Conseil propose :
  - Un premier RMN pour les hôpitaux ayant plus de 250 lits justifiés (ou pour un hôpital qui se situe à plus de 20 Km d'un autre centre avec RMN, le chiffre étant alors ramené à plus de 200 lits justifiés).  
Une collaboration entre les hôpitaux est possible afin d'atteindre le critère, et elle est encouragée.
  - Un RMN additionnel pour les hôpitaux ayant plus de 650 lits justifiés.

- Un appareil supplémentaire par tranche de 650 lits justifiés.  
(Note : pour un hôpital avec une nature et une lourdeur moyennes de pathologie, 250 lits justifiés correspondent à environ 12.500 admissions SPF, c'est à dire des admissions classiques plus l'hôpital chirurgical de jour).

Si le Ministre opte pour le critère du nombre d'admissions, le Conseil propose :

- Il ne peut y avoir qu'un appareil RMN par service, hormis dans un hôpital ou des hôpitaux avec au moins 35.000 admissions ou dans les hôpitaux universitaires. Ces derniers peuvent installer un troisième appareil à partir de 35.000 admissions et un quatrième appareil à partir de 85.000 admissions.
- La collaboration entre les hôpitaux est encouragée et il est possible, de manière plus exceptionnelle, d'installer un appareil RMN mobile. Le cas échéant, le financement est adapté.
- Le nombre d'admissions ne fait pas de distinction entre l'hospitalisation et l'hospitalisation de jour et les années de référence sont récentes.
- L'ordre de l'agrément est fonction du nombre d'admissions.
  - . Un hôpital avec 25.000 admissions pour un premier appareil ; ou les hôpitaux en association et à une distance maximale de 5 Km les uns des autres dénombrant ensemble 25.000 admissions pour un premier appareil ; ou, plus exceptionnellement, plusieurs hôpitaux en collaboration dénombrant ensemble 25.000 admissions pour un appareil mobile.
  - . Un hôpital avec 20.000 admissions pour un premier appareil.
  - . Les hôpitaux en association et à une distance maximale de 5 Km les uns des autres dénombrant ensemble 20.000 admissions pour un premier appareil.
  - . Un hôpital non universitaire avec 35.000 admissions pour un deuxième appareil.
  - . Les hôpitaux non universitaires en association, situés à 5 km les uns des autres, ayant ensemble 35.000 admissions pour un deuxième appareil.
  - . Un hôpital avec 15.000 admissions pour un premier appareil.
  - . Les hôpitaux en association, situés à 5 km les uns des autres, ayant ensemble 15.000 admissions pour un premier appareil.