

Programmation des scanners à résonance magnétique en Belgique

A. Situation actuelle

En Belgique, l'exploitation d'un appareil de RM s'inscrit dans le cadre d'une programmation, ce qui signifie que seuls les hôpitaux agréés à cet effet par les autorités peuvent exploiter un appareil et reçoivent à cette fin un financement sous la forme de montants fixes (budget des moyens financiers : A3 et B3) et variables (honoraires, consultation et forfait). En 2006, les appareils agréés étaient ainsi au nombre de 68 et, en 2008, on en comptait 92 (source rapport KCE 37).

Contrairement à la RM, il n'existe pas de programmation pour les CT. Le nombre exact de scanners CT dans notre pays n'est pas connu. En tout cas, le nombre total d'examen CT est nettement plus élevé que le nombre total d'examen de RM (voir tableau ci-après, source : OCDE, données les plus récentes de 2010), avec un ratio CT/RM de 2.9/1. Ce ratio a certes diminué l'année suivante (2.6/1 en 2011) mais le CT dans notre pays occupe néanmoins sans conteste la première place dans le peloton européen.

Examens pour 1000 habitants (2010)			
	CT	RM	Ratio
Belgique	188,7	65,8	2,9
Canada	126,9	46,7	2,7
USA	265,0	97,7	2,7
France	145,4	60,2	2,4
Luxembourg	188,0	79,6	2,4
Islande	159,8	74,2	2,2
Danemark	105,2	57,5	1,8
Pays-Bas	66,0	49,1	1,3
Turquie	103,5	79,5	1,3

Compte tenu de la capacité de séparation des tissus supérieure de la RM (par pondération T1 et T2) et de la possibilité de générer des images diagnostiques de qualité élevée sans recourir aux rayons X, la RM constitue une modalité diagnostique particulièrement intéressante pour pratiquement tous les organes et toutes les structures. Même à la lumière des inquiétudes actuelles quant aux effets d'une exposition excessive aux rayons X à des fins médicales (cf. campagne "Pas de rayons sans raisons"), on observe un intérêt croissant pour l'utilisation de la RM. Conformément aux Directives sur le bon usage de l'imagerie médicale, la RM est également la modalité d'examen de premier choix pour bon nombre de pathologies. Même lorsque le CT et la RM peuvent fournir des informations diagnostiques équivalentes, la RM a la préférence pour une question de radiohygiène, surtout chez les enfants et les jeunes adultes.

B. Points noirs

Une bonne pratique médicale implique (entre autres choses) de pouvoir disposer d'une imagerie médicale moderne. Le nombre d'appareils de RM agréés à l'heure actuelle dans notre pays n'est pas suffisant pour répondre à la demande d'examen de RM. Il existe des listes d'attente plus ou moins longues qui, dans la plupart des hôpitaux, varient de plusieurs jours (par exemple pour les indications neurologiques ou oncologiques) à plusieurs semaines (par exemple pour les indications ostéo-articulaires).

B.1. Dangers des longues listes d'attente

B.1.a. Substitution par d'autres examens avec comme conséquence une exposition aux rayons plus élevée.

Un délai d'attente systématiquement long est difficilement acceptable tant pour les médecins que pour les patients. Il n'est dès lors pas rare que les cliniciens optent pour une alternative qui n'est pas optimale. Outre le délai d'attente, l'accessibilité à la RM constitue également un facteur décisif. Les médecins prescripteurs dans des hôpitaux ne disposant pas de la RM préfèrent un examen alternatif effectué dans leur hôpital à un examen de RM effectué dans un autre hôpital (transfert de patient, listes d'attente, ...). Cette alternative se rapporte cependant plutôt aux CT-scans. Même si, dans certains cas, le CT peut être indiqué comme une alternative valable selon les guidelines, il entraîne une exposition aux rayons supplémentaire pour le patient en dépit des programmes visant à réduire les doses.

B.1.b. Menace quant à la qualité de la RM

Différentes séquences peuvent être utilisées pour les examens de RM : T1, T2, densité protonique, 2D, 3D, séquences haute résolution, séquences dynamiques rapides, séquences fonctionnelles, comme la pondération de diffusion, spectroscopie, etc. Certaines de ces séquences ne requièrent que très peu de temps (quelques secondes), d'autres se caractérisent par un temps de mesure long (jusqu'à 10 minutes voire plus). Pour certaines séquences (par exemple les séquences morphologiques T1 ou T2), il existe des alternatives "rapides" et "lentes" qui se distinguent respectivement par une résolution d'image et un contraste d'image inférieurs et supérieurs.

Le risque des longues listes d'attente est que la préférence soit systématiquement donnée à des séquences plus rapides qui, par définition, ne peuvent pas fournir la qualité diagnostique optimale et devront même dans certains cas être suivies par une répétition de l'examen avec des séquences optimisées. En outre, les longues listes d'attente découragent le recours à des séquences plus complexes et plus spécialisées (par exemple la spectroscopie) nécessitant un temps de mesure nettement plus long par rapport aux examens de routine.

B.2. Menaces d'extension de la capacité de la RM

Afin de raccourcir les listes d'attente, il peut être décidé d'augmenter la capacité de la RM. Cela peut se faire soit par une extension des heures opérationnelles des facilités de RM existantes, soit en ayant recours à de nouvelles facilités de RM. Des frais supplémentaires devront être portés en compte dans les deux cas. L'absence de financement peut toutefois constituer un facteur de ralentissement ou d'obstruction.

B.2.a. Augmentation des heures opérationnelles

On peut opter pour des heures d'ouverture plus étendues pour une facilité de RM existante, en instaurant des consultations en soirée, le samedi et/ou le dimanche. L'organisation de ces consultations qui nécessitent du personnel médical et infirmier supplémentaire et pour lesquelles il faut prévoir des rémunérations supplémentaires (travail de nuit et de week-end) a un impact non négligeable sur les frais d'exploitation.

B.2.b. Installation d'appareils de RM supplémentaires

L'installation et l'exploitation d'un appareil de RM nécessitent des efforts financiers conséquents qui sont aussi financés par le BMF. Les économies projetées dans les sous-parties A3/B3 sont susceptibles de nuire gravement à ce mécanisme de financement, non seulement au niveau du financement des nouveaux appareils mais également, et ce n'est pas sans importance, au niveau des investissements nécessaires pour les upgrades et le hardware et le software spécialisés des appareils existants pour maintenir à niveau leur qualité.

C. A explorer

C.1. Une extension budgétairement neutre du parc de RM est-elle possible?

Dans une précédente note, on pouvait lire que des appareils de RM supplémentaires peuvent (pourront) être installés dans le cadre des nouvelles techniques de financement, dans les limites des moyens budgétaires disponibles, respectivement par une compensation budgétaire, par une réduction équivalente du nombre de CT-scans, par une éventuelle adaptation supplémentaire des moyens autorisés à la suite de l'évolution des prix ou par d'éventuels réinvestissements de moyens.

L'objectif est la neutralité budgétaire, en supposant qu'un examen CT sera remplacé par un examen RM. Dans la mesure où les deux examens ont pratiquement le même tarif INAMI, la neutralité budgétaire est plus ou moins une possibilité. Avec le cadastre et le moratoire sur les appareils de CT prévus dans la note précédente, un gel et même une diminution du volume des examens CT sont en effet envisageables au profit d'un volume en progression des examens de RM. Ce mouvement peut du reste être encouragé plus avant par un usage correct des guidelines.

Il convient toutefois de vérifier quel sera l'impact d'une substitution 1 pour 1 (CT vers RM) pour l'équilibre financier du service de radiologie. En effet, l'exploitation d'un appareil de RM revient plus cher que celle d'un CT et la charge de travail est plus élevée (plus de données, temps de scannage plus longs). Dans le cadre d'un financement inchangé (que ce soit le BMF ou les honoraires), une substitution pure du CT par la RM (1 pour 1) sans nouveau financement engendrera un processus déficitaire pour les services de radiologie (retrées inchangées, frais plus élevés). Il convient de vérifier simultanément si une augmentation du budget de la RM (via les honoraires et/ou le BMF) est défendable : l'utilisation de la RM, selon les indications des guidelines, permet dans de nombreux cas non seulement un diagnostic plus performant mais aussi toujours une réduction de l'exposition de la population aux rayonnements. En d'autres termes, une augmentation du budget de la RM est un investissement dans la performance diagnostique et dans la radiohygiène.

C.2. Combien et quels types d'appareils de RM faut-il en supplément?

De nombreux paramètres doivent être pris en compte (voir notamment le rapport du KCE 106). Les pistes à explorer sont : relier le nombre au nombre requis d'examens par habitant (+ comparaison avec les chiffres de l'étranger), à la répartition régionale pour garantir une accessibilité optimale, en tenant compte de la proportion élevée (et en progression) des examens effectués en ambulatoire, à la présence d'un service interventionnel vasculaire ou au nombre d'indications RM pour se conformer aux guidelines.

Une autre question est de savoir quel type d'appareils de RM il peut/faut y avoir en supplément : 1.5T, 3.0T, RM à bas champ avec champs d'indication limités, RM mobile, RM ouverte,...

C.3. Comment neutraliser le risque d'une surconsommation de la RM?

On peut craindre qu'une augmentation du nombre d'appareils de RM entraîne une explosion du budget de l'imagerie médicale, par exemple en effectuant des séquences rapides mais qui ne sont pas toujours d'une qualité équivalente afin de pouvoir réaliser un nombre élevé d'examens par unité de temps ou en effectuant davantage d'examens de RM sans réduire le nombre d'examens CT. Il convient dès lors d'adopter des mesures pour éviter toute surconsommation effrénée. Les pistes à explorer prévoient notamment :

- d'effectuer exclusivement des examens de RM si ceux-ci sont conformes aux guidelines
- d'élaborer des critères de qualité minimums à remplir par les examens de RM
- de mettre en place un remboursement différencié pour les différentes techniques d'examen (examens standard vs examens fonctionnels/spécialisés nécessitant du temps, ...)
- de ne pas autoriser sans restriction l'installation d'appareils de RM supplémentaires (programmation contrôlée)