

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

CAISSE NATIONALE  
DE L'ASSURANCE MALADIE  
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

*Direction déléguée à la gestion  
et à l'organisation des soins*

*Direction générale de l'offre de soins*

*Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins*

*Bureau des plateaux techniques  
et prises en charge hospitalières aiguës/R3*

### **Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012**

NOR : AFSH1226879J

Validée par le CNP le 6 avril 2012. – Visa CNP 2012-99.

**Résumé :** dans le cadre de la mise en œuvre de la priorité pluriannuelle de gestion du risque sur l'imagerie, il est demandé aux agences régionales de santé de mettre en œuvre les objectifs de diversification des équipements IRM pour les exercices 2013 à 2015.

**Mots clés :** imagerie médicale – diversification – IRM ostéoarticulaire – objectifs de résultat – efficacité.

**Références :**

- Guide méthodologique relatif à l'élaboration du SROS-PRS, visa CNP 2011-193 ;
- Directive du ministère chargé de la santé du 19 juillet 2010 relative aux priorités sur la gestion du risque pour 2010 ;
- Instruction CNAMTS/DGOS/R3/2011 du 27 avril 2011 relative à la gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2011, visa CNP 2011-89 ;
- Directive du ministère chargé de la santé du 13 janvier 2012 relative aux priorités sur la gestion du risque pour 2012, visa CNP 2012-23.

**Annexes :**

- Annexe I. – Définition des appareils IRM à vocation ostéoarticulaire.
- Annexe II. – Objectifs régionaux pluriannuels 2013-2015 de diversification du parc des appareils IRM.
- Annexe III. – Avis relatif à l'avenant 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (publié au JO du 30 mars 2012).
- Annexe IV. – Implications sur la présente instruction du rapport de la HAS de mars 2012 relatif à l'exploration ostéoarticulaire des membres par IRM.

*Le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; le directeur général de l'offre de soins à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

Donnant suite à l'instruction du 27 avril 2011 et aux dialogues de gestion menés du 1<sup>er</sup> février au 16 mars 2012 par la CNAMTS et la DGOS avec les ARS, la présente instruction, relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale, a pour objectif de diffuser les niveaux d'objectif relatifs à l'indicateur de résultat 2013, 2014 et 2015 sur la diversification du parc des appareils IRM.

Il convient de rappeler que la diversification du parc des appareils IRM a pour objectif de répondre à différents enjeux majeurs compte tenu de la place prépondérante et croissante de l'activité IRM dans la stratégie diagnostique et thérapeutique, des progrès technologiques des équipements et des coûts correspondant aux examens.

Les enjeux sont les suivants :

- une amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe, en priorité à l'IRM. Il existe un temps d'attente encore trop long (délai médian de 21 jours de rendez-vous à un examen d'IRM pour les patients ambulatoires – source : Benchmark ANAP 2010) et de fortes disparités géographiques, représentant potentiellement une perte de chance pour les patients ;
- une offre répondant aux besoins liés aux grandes problématiques de santé publique (cancer, AVC, neurologie) s'appuyant sur des recommandations de la Haute Autorité de santé. L'offre fait face à une hétérogénéité dans la répartition géographique et entre le secteur hospitalier et le secteur libéral, des équipements et des ressources médicales et paramédicales qui ne permettent pas de répondre aux enjeux de santé publique ;
- des examens pertinents et efficaces, conformément au guide de bon usage des examens d'imagerie médicale, au travers notamment d'une réduction des examens non médicalement justifiés et d'une juste utilisation des ressources des plateaux techniques d'imagerie (professionnels, volume et temps d'utilisation des appareils) ;
- une diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants dans une perspective de radioprotection, faute de substitution suffisante au profit de techniques non irradiantes. Cette moindre exposition s'applique, en particulier, en direction des enfants et des femmes enceintes.

La stratégie de diversification au profit d'appareils à vocation ostéoarticulaire est destinée à améliorer l'efficacité du recours à l'IRM et l'accessibilité à ces examens, en permettant notamment la libération de plages sur les équipements polyvalents, pour mieux répondre aux priorités de santé publique.

La définition des appareils IRM ostéoarticulaires est rappelée en annexe I (appareils IRM dédiés aux membres ou spécialisés en ostéoarticulaire). Il convient de rappeler que la diversification du parc IRM n'a pas pour objectif d'autoriser l'implantation d'appareils IRM d'une puissance inférieure ou égale à 0,5 tesla, dits à bas champ. Toutefois, ces derniers figurent toujours à la classification des appareils mentionnée à l'annexe III des dispositions diverses de la liste des actes et prestations, afin de continuer à financer les rares équipements encore installés.

#### **Définition de l'indicateur de résultat et modalités de calcul des objectifs de diversification**

L'indicateur de résultat a pour finalité de mesurer le ratio entre le parc total d'appareils IRM à vocation ostéoarticulaire autorisés à fin d'année et le parc total d'appareils IRM autorisés toutes classes confondues dans la région. Bien que certaines ARS aient proposé une diversification de leur parc dès l'exercice 2012, cet indicateur de résultat ne sera valide qu'à compter de 2013.

Pour les exercices de 2013 à 2015, les dialogues de gestion ont permis de définir, entre autres, les potentialités de diversification par des autorisations en équipements IRM ostéoarticulaires supplémentaires et/ou en substitution d'appareils IRM polyvalents.

Exemples :

- en 2013, une ARS projette d'autoriser 2 appareils à vocation ostéoarticulaire supplémentaires et un appareil polyvalent supplémentaire, pour un parc total autorisé de 20 appareils IRM à fin 2013 (comprenant ces 3 appareils) : son taux de diversification est donc de 2/20, soit 10 % ;
- l'année suivante, elle substitue un appareil IRM polyvalent par un appareil ostéoarticulaire et autorise 2 appareils ostéoarticulaires supplémentaires : son parc total est donc porté à 22 appareils, dont 5 ostéoarticulaires. Le taux de diversification est alors de 5/22, soit 22,7 %.

Vous trouverez en annexe II les objectifs régionaux pluriannuels 2013-2015 de diversification du parc des appareils IRM.

#### **Définition de la notion d'adossement des appareils IRM dédiés ou spécialisés**

L'adossement géographique des équipements IRM à vocation ostéoarticulaire à au moins un appareil IRM polyvalent a pour double objectif de favoriser la complémentarité des appareils en fonction de leurs indications (répartition des actes) et la mutualisation des compétences. Cet adossement « géographique » s'entend donc comme l'implantation de ces appareils à vocation ostéoarticulaire sur le même plateau technique qu'un appareil polyvalent. Toutefois, si un promoteur présente un projet d'appareil IRM ostéoarticulaire en adossement « fonctionnel » c'est-à-dire avec une implantation sur un site différent dans la même commune, l'ARS appréciera, au-delà de la nécessaire complémentarité des appareils, en fonction de leurs indications et de la mutualisation des compétences, l'opportunité d'une telle autorisation, les engagements du promoteur en matière d'accessibilité et de régulation des examens entre les différents appareils IRM (structure de gestion commune de la programmation des examens, organisation des plages horaires des radiologues).

#### **Précisions sur les évolutions tarifaires**

L'avenant 4 à la convention médicale du 26 juillet 2011, publié au *Journal officiel* le 30 mars 2012 (annexe III), met en exergue une tarification spécifique des forfaits techniques pour les deux

nouvelles classes d'équipements IRM 1,5 tesla dédiés et spécialisés. Cette tarification, négociée par les parties conventionnelles signataires de la convention médicale, constitue un levier tarifaire. En effet, la fixation des tarifs de forfaits techniques a été déterminée de sorte que l'exploitation de ces équipements IRM ostéoarticulaires soit plus incitative relativement à celle des appareils IRM polyvalents. Les tarifs proposés pour ces nouveaux forfaits techniques sont issus de simulations de comptes d'exploitation, à partir notamment d'un recueil de prix auprès des constructeurs d'équipements.

L'application des tarifs de ces deux nouvelles classes d'appareils IRM 1,5 T à vocation ostéoarticulaire nécessite la publication dans une décision UNCAM de la classification de ces équipements en annexe III des dispositions diverses de la liste des actes et prestations. Cette décision a été publiée le 7 juin et sera effective le 7 juillet.

Par ailleurs, la CNAMTS et la Société française de radiologie ont initié des travaux de redescription des libellés des actes de remnographie.

### **Prochaines étapes**

Pour les ARS dont les SROS-PRS ne seraient pas publiés à la date de la présente instruction, il conviendra d'inscrire cette démarche de diversification du parc des appareils IRM.

Il vous appartient de gérer le renouvellement et la délivrance des autorisations en cohérence avec les objectifs pluriannuels figurant dans cette instruction. En 2013, ces niveaux d'objectifs seront susceptibles d'être révisés au regard de la montée en charge de la diversification et d'une analyse actualisée des potentialités.

Un dispositif d'évaluation des effets de l'implantation des équipements IRM ostéoarticulaires fera l'objet d'une instruction spécifique, à l'automne 2012. Il visera notamment à prendre en compte les recommandations du rapport du 26 avril 2012 de la Haute Autorité de santé « Exploration ostéo-articulaire des membres par IRM : intérêt diagnostique des équipements à champ modéré et des équipements dédiés » et aura pour objectif d'évaluer l'impact organisationnel de l'implantation des appareils ostéoarticulaires en adossement à des IRM polyvalentes. L'annexe IV précise les recommandations de la HAS et leurs articulations avec la présente instruction.

Ce dispositif permettra également de mesurer l'évolution de l'activité des sites diversifiés et d'évaluer la pertinence du recours aux examens IRM ostéoarticulaires en référence aux recommandations issues du guide de bon usage des examens d'imagerie médicale dont l'actualisation est attendue pour fin 2012.

Par ailleurs, à la suite de cette publication par la HAS, un plan d'accompagnement sur les indications des examens IRM sera mis en place par l'assurance maladie auprès des médecins prescripteurs et des radiologues, tant en secteur libéral qu'en établissement public de santé.

*Le directeur général  
de la Caisse nationale d'assurance maladie  
des travailleurs salariés,  
F. VAN ROEKEGHEM*

*Le directeur général de l'offre de soins,  
F.-X. SELLERET*

## ANNEXES

### ANNEXE I

#### GDR-ARS – DIVERSIFICATION DU PARC NATIONAL DES APPAREILS IRM

##### I. – APPAREIL IRM DIT « DÉDIÉ AUX EXAMENS OSTÉOARTICULAIRES DES MEMBRES »

Les appareils IRM « dédiés aux examens ostéoarticulaires des membres » sont des appareils IRM d'une puissance d'aimant de 1,5 tesla dont les caractéristiques nécessaires et suffisantes (aimant circulaire extrêmement performant) permettent uniquement la réalisation d'examens ostéoarticulaires des membres inférieurs et supérieurs, hors hanche et épaule.

Cette classe d'appareils IRM dits « dédiés » en ostéo-articulaire des membres apportent une qualité diagnostique suffisante permettant d'éviter la réalisation des ces examens sur une IRM dite « polyvalente ».

Seul un constructeur propose actuellement ce type d'appareil IRM. Les 6 antennes émettrices réceptrices incluses sont dédiées aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antennes genou, cheville, pied ;
- antennes de surface dédiées aux articulations distales : main, doigts, poignet, coude.

Détails de certaines caractéristiques renseignées par les constructeurs :

- tunnel de 18 cm ;
- gradient : intensité = 70 mT/m ; vitesse  $\geq 200$  T/m/s ;
- chaînes de radiofréquence (convertisseurs analogique/numérique) : 1 ;
- options de base non proposées dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus, diffusion/perfusion ;
- surface dédiée à l'appareil = 10 m<sup>2</sup> ;

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

##### II. – APPAREIL IRM DIT « SPÉCIALISÉ EN OSTÉOARTICULAIRE »

Les appareils IRM « spécialisés en ostéoarticulaire » sont des appareils IRM fermés ayant les mêmes caractéristiques (aimant 1,5 tesla, gradient, tunnel, bobines...) que les IRM de haut champ actuelles, dites « polyvalentes », avec une utilisation réservée aux examens ostéoarticulaire, au regard de leurs caractéristiques techniques.

Les caractéristiques techniques des IRM spécialisées ostéoarticulaire doivent porter :

- sur les caractéristiques de l'aimant principal et des bobines de gradient ;
- sur les caractéristiques des antennes, et en particulier des antennes réceptrices (1).

Ces IRM « spécialisées » apportent une qualité diagnostique comparable à l'IRM dite « dédiée » pour les articulations distales (aimant circulaire extrêmement performant). Elles permettent d'éviter de refaire un examen sur une IRM polyvalente.

Leur équipement en termes d'antennes réceptrices est limité aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antenne genou, cheville, pied ;
- antenne rachis ;
- antennes de surface dédiées aux articulations : coude, poignet, main ;
- antenne cervicale ;
- antenne épaule ;
- antenne hanche ;

Détails de certaines caractéristiques renseignées par les constructeurs :

- tunnel de 60 cm ;
- gradient : intensité = 30 mT/m ; vitesse = de 100 à 150 T/m/s ;
- chaînes de radiofréquence (convertisseurs analogique/numérique) : 8 ;
- options de base non proposées dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus ;
- surface dédiée à l'appareil = 30 m<sup>2</sup>.

(1) Les antennes réceptrices sont en règle composées de plusieurs bobines permettant d'augmenter le rapport signal/bruit et d'accéder à des techniques d'acquisition parallèles (gain de temps par correction des artefacts par un logiciel *ad hoc*). Les antennes sont alors adaptées à la forme anatomique de la région explorée afin de récupérer le signal au plus près du patient.

Bibliographie :

J.-P. Dillenseger, E. Moerschel : *Guide des technologies de l'imagerie médicale et de la radiothérapie*, Masson, 2009.

D. Hoa, A. Micheau, G. Gahide, E. Le Bars, P. Taourel : *L'IRM pas à pas*, Sauramps Médical, 2008.

ANNEXE II

OBJECTIFS RÉGIONAUX PLURIANNUELS 2013-2015 DE DIVERSIFICATION DU PARC DES APPAREILS IRM

(En pourcentage.)

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)	2012 pour information	2013	2014	2015
ARS Alsace .....	4,8	4,2	3,7	6,0
ARS Aquitaine .....	2,3	8,2	9,6	17,9
ARS Auvergne .....	0,0	7,1	7,1	7,1
ARS Basse-Normandie .....	0,0	6,3	11,1	10,0
ARS Bourgogne .....	0,0	5,3	5,3	10,0
ARS Bretagne .....	8,8	13,2	17,5	21,4
ARS Centre .....	3,3	3,1	3,1	16,2
ARS Champagne-Ardenne .....	0,0	5,6	15,0	28,6
ARS Corse .....	25,0	40,0	40,0	40,0
ARS Franche-Comté .....	0,0	0,0	0,0	6,3
ARS Haute-Normandie .....	9,1	23,1	31,0	30,0
ARS Île-de-France .....	0,0	2,2	6,7	12,8
ARS Languedoc-Roussillon .....	6,3	6,3	14,3	14,3
ARS Limousin .....	0,0	0,0	10,0	18,2
ARS Lorraine .....	7,8	11,7	15,9	21,1
ARS Midi-Pyrénées .....	3,3	6,3	9,1	18,9
ARS Nord - Pas-de-Calais .....	8,5	15,6	26,1	30,1
ARS Pays de la Loire .....	12,5	23,7	30,0	33,3
ARS Picardie .....	13,0	20,0	25,9	31,0
ARS Poitou-Charentes .....	0,0	4,8	9,1	13,0
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur .....	0,0	2,1	4,1	5,1
ARS Rhône-Alpes .....	0,0	3,9	8,6	11,8
ARS Guadeloupe .....	0,0	0,0	20,0	33,3
ARS Guyane .....	0,0	0,0	0,0	0,0
ARS Martinique .....	0,0	0,0	16,7	14,3
ARS océan Indien .....	0,0	22,2	30,0	27,3
Total France entière .....	3,5	7,7	12,2	17,0

ANNEXE III

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

**Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports  
entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011**

NOR : ETSS1208169V

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclu le 8 décembre 2011, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, la Fédération française des médecins généralistes et le Syndicat des médecins libéraux.

**Avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux  
et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 161-35 et L. 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 2011.

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de procéder, dans le texte conventionnel, aux modifications suivantes.

Article 1<sup>er</sup>

L'article 27.1 de la convention nationale est ainsi modifié :

Au 2<sup>e</sup> alinéa après le mot : « dermatologues » en lieu et place des dispositions qui suivent : « dénommée CDE valorisée à hauteur de 2 C ».

Article 2

L'article 27.2 de la convention nationale est ainsi modifié :

Au 5<sup>e</sup> alinéa après le mot : « HAS » en lieu et place de la 2<sup>e</sup> phrase : « Elles proposent la création d'un forfait hebdomadaire de prise en charge d'un patient insuffisant rénal en dialyse péritonéale, valorisé à hauteur de 56 €, et visant à rémunérer les néphrologues pour l'ensemble des activités médicales pour les patients bénéficiant de cette technique de dialyse à domicile.

Article 3

L'article 28.2 intitulé « Tarification des forfaits techniques et appareils de remnographie » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les parties signataires souhaitent renforcer l'accès aux soins des patients en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils pour répondre aux besoins croissants de recours à ce type d'examens et de prendre en compte l'évolution des technologies notamment le développement d'appareils spécifiques dits ostéo-articulaires et des coûts associés, elles arrêtent une nouvelle classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques.

Cette nouvelle classification et les tarifs figurent à l'article 3.2 de l'annexe I de la présente convention ».

L'article 3.2 de l'annexe I de la convention nationale intitulé « imagerie par résonance magnétique » est remplacé par les dispositions suivantes :

*Tarifs des forfaits techniques des IRM (1)*

CLASSE D'APPAREILS, selon la puissance de l'aimant (en tesla)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T DÉDIÉ aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo- articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits) .....	3 500	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
<b>AMORTIS (1), forfaits pleins</b>							
Paris .....	154,26 €				72,64 €	85,68 €	154,26 €
Région parisienne hors Paris .....	147,80 €				72,17 €	84,64 €	147,80 €
Province .....	138,76 €				72,01 €	84,28 €	138,76 €
<b>NON AMORTIS, forfaits pleins</b>							
Paris .....	178,78 €	174,91 €	207,78 €	207,18 €	108,00 €	125,00 €	218,69 €
Région parisienne hors Paris .....	173,61 €	168,45 €	200,97 €	200,73 €	107,54 €	123,96 €	211,88 €
Province .....	165,47 €	161,35 €	194,16 €	192,34 €	107,37 €	123,60 €	203,02 €
<b>FORFAIT RÉDUIT selon les tranches d'activités</b>							
Activité > Activité de référence et ≤ seuil 1 .....	74,16 €				46,67 €	48,88 €	74,16 €
Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2 .....	61,81 €				38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2 .....	38,63 €				24,20 €	25,46 €	38,63 €
(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année considérée. (2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire. (3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou > 1,5 T déjà installé sur le même site géographique.							

Article 4

Au sous-titre 5 du titre 3 de la convention nationale est créé un article 28.4 intitulé « Valorisation de certains actes de cardiologie et d'imagerie » et rédigé dans les termes suivants :

« Cardiologie

Les partenaires conventionnels conviennent de l'accession au tarif cible de l'acte ci-dessous :

« Echographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques » (DZQM006), soit un tarif fixé à 96,49 €.

Radiographie

Pour tenir compte de l'évolution des techniques, les parties signataires conviennent de réviser les tarifs de certaines radiographies multi incidences et bilatérales de la manière suivante :

- radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences (MAQK001) : 33,80 € ;
- radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus (MAQK002) : 34,17 € ;
- radiographie du genou selon 5 incidences ou plus (NFQK004) : 33,88 € ;
- radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté (NDQK002) : 23,94 € ;
- radiographie bilatérale du genou selon 1 à 2 incidences par côté (NFQK002) : 25,86 €.

Par ailleurs, les parties signataires proposent l'introduction de deux actes nouveaux à la liste des actes et prestations correspondant à deux procédures associant radiographie de la ceinture pelvienne selon une incidence et radiographie de l'articulation coxofémorale selon une ou deux incidences.

La première procédure consiste en l'association d'un acte NAQK015 et d'un acte NEQK010, dont le tarif est fixé 23,47 €.

La seconde procédure consiste en l'association d'un acte NAQK015 et de deux actes NEQK010 dont le tarif est fixé à 31,29 €.

La mise en œuvre de cette dernière mesure relative à l'introduction de deux actes est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

(1) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques.

Concomitamment, l'UNCAM s'engage à inscrire sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale l'acte de « scanographie de trois territoires anatomiques ».  
L'annexe XXIII de la convention nationale est modifiée en conséquence. »

Fait le 8 décembre 2011.

Pour l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie :  
*Le directeur général,*  
F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des généralistes :

*Le président de la Confédération  
des syndicats médicaux français,*  
DR M. CHASSANG

*Le président de la Fédération française  
des médecins généralistes,*  
DR C. LEICHER

*Le président  
du Syndicat des médecins libéraux,*  
DR C. JEAMBRUN

Au titre des spécialistes :

*Le président de la Confédération  
des syndicats médicaux français,*  
DR M. CHASSANG

*Le président  
du Syndicat des médecins libéraux,*  
DR C. JEAMBRUN

## ANNEXE IV

### IMPLICATIONS SUR LA PRÉSENTE INSTRUCTION DU RAPPORT DE LA HAS DE MARS 2012 RELATIF L'EXPLORATION OSTÉOARTICULAIRE DES MEMBRES PAR IRM

Le rapport d'évaluation de la HAS de mars 2012 :

- évalue l'intérêt diagnostique des appareils IRM à champ modéré et des appareils à vocation ostéoarticulaire « dédiés » mais n'aborde pas celui des appareils IRM 1,5 tesla spécialisés en ostéoarticulaire (OA) dans la mesure où aucune offre commerciale n'existait à cette date pour ces derniers ;
- concernant l'appareil IRM 1,5 tesla dédié aux examens des membres (anneau fermé) :
  - mentionne deux limites à son intérêt diagnostique pour l'exploration OA des membres :
    - « ne permet pas d'explorer les indications nécessitant un tunnel ou un champ de vue large comme l'épaule, la hanche, les affections tumorales (skip métastases) ou encore les explorations bilatérales (champ de vue maximal de 16 cm par exemple, pour certains équipements dédiés aux membres) ». Cette limite a déjà été portée à la connaissance des ARS avant l'instruction finale et ce rapport HAS, lors des dialogues de gestion ;
    - « les champs de vue de moins de 16 cm ne permettent pas d'explorer une pathologie tumorale (ostéosarcome) ou une pathologie synoviale (main complète, genou) ». Il est important de noter que ce champ de vue (1) minimal de 16 cm correspond aux performances techniques maximales de cet appareil ;

Ainsi, selon les estimations des professionnels citées dans le rapport HAS (2), il peut être considéré que 50 % à 70 % de l'activité actuelle d'exploration des membres réalisés sur des équipements corps entier 1,5 T peuvent être effectués sur un appareil 1,5 T dédié.

Il convient de préciser que les appareils 1,5 T spécialisés, qui ne sont pas analysés dans le rapport HAS, permettront de répondre à ces limites sur les indications comme l'épaule, la hanche et les bilatérales. De plus, les appareils spécialisés permettent l'exploration rachidienne.

- considère, en conclusion des avis du groupe d'experts, que :
  - l'installation « ... peut être proposée en adossant ce type d'équipement à une IRM corps entier saturée, afin d'améliorer l'accessibilité à cette dernière » ;
  - ces équipements dédiés « ... pourraient être installés dans des centres pilotes, afin de pouvoir analyser l'impact organisationnel et économique d'un tel adossement ».

Les dialogues de gestion ont eu pour objectif de préciser les critères d'éligibilité pour l'autorisation d'appareils ostéoarticulaires, soit en substitution, soit en installation complémentaire. Parmi ces critères figurait la nécessité d'un adossement à un équipement polyvalent. De plus, le site d'implantation devait présenter un volume global d'activité IRM tel qu'une implantation supplémentaire puisse être envisagée et une proportion d'activité ostéoarticulaire suffisante pour envisager l'adossement de ce type d'appareil.

L'instruction précise notamment la notion d'adossement.

Le rapport HAS indique enfin qu'il revient à la gouvernance de l'offre IRM (ministère, ARS et assurance maladie) de définir le profil des centres pilotes. De fait, les centres pilotes sont ceux qui seront autorisés et auront installé ces équipements IRM ostéoarticulaires dans les conditions précisées.

(1) Le champ de vue définit les dimensions du champ anatomique explorable.

(2) Cf. page 82 du texte complet du rapport d'évaluation de PersonNameProductIDla HASla HASmars 2012 ou page 22 du texte court du même rapport.