

Bruxelles, le 2 octobre 1984

Administration des Établissements de
soins

CONSEIL NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS

Section "Programmation"

C.N.E.H./D/P/6-3

DOCUMENT DE TRAVAIL AU SUJET DE LA PROGRAMMATION DES SERVICES DE
RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MÉDICALE.

1. PRINCIPE DE DÉPART

Les membres de la Section Programmation considèrent que la programmation de l'appareillage, notamment l'"appareillage médical lourd", dans le cadre de la radiologie et des techniques d'imagerie, telle qu'on l'applique actuellement sur la base de la législation sur les hôpitaux existants, n'est plus tellement significative à l'heure actuelle.

On accepte plutôt le principe de la programmation de "services" de radiologie et d'imagerie médicale. Cette programmation de "services" ne doit pas avoir trait exclusivement au secteur hospitalier des soins de santé mais comprendre tous les "services", indépendamment de leur lieu d'implantation.

2. PRINCIPE D'HIERARCHIE

Il est évident que les services de radiologie ne peuvent pas tous être placés au même niveau en ce qui concerne la composition du personnel et l'équipement médico-technique. On constate clairement, à l'intérieur du secteur hospitalier, une hiérarchie, qui se fonde évidemment sur l'aspect quantitatif, mais qui est également déterminée par des aspects qualitatifs, entre autres l'ensemble des unités médicales, qui constituent l'établissement, et leur degré de spécialisation, ainsi que la fonction globale de l'hôpital (par exemple activités polycliniques) et la pathologie traitée.

.../...

3. REPARTITION DES SERVICES DE RADIOLOGIE EN FONCTION DE LA CAPACITE ET DES ACTIVITES DE L'HOPITAL.

Une répartition hiérarchique peut être considérée comme une répartition approximative en catégories de services de radiologie sur la base du nombre de lits dans les hôpitaux, à condition que cette répartition tiens compte de l'ensemble des activités médicales et médico-techniques, de l'hôpital ainsi que du nombre d'hospitalisations et de consultations. La répartition hiérarchique devra, en d'autres termes, tenir compte également du nombre et de la diversification des prestations médicales ainsi que du nombre d'examens radiologiques. Il importe d'ailleurs de souligner que les membres de la Section marquent leur accord unanime sur le principe de la programmation du service de radiologie, se situant en dehors de tout contexte hospitalier (policlinique, pratique médicale privée). La pratique ainsi que le rapport des experts de la Société royale belge de radiologie permettent de répartir le secteur hospitalier sur la base de critères quantitatifs tels que le nombre de lits et le nombre d'examens, tout en tenant compte également d'accords de coopération.

- A. Les services de radiologie et d'imagerie médicaux des hôpitaux universitaires;
- B. Les services de radiologie et d'imagerie médicale des grands hôpitaux;
- C. Les services de radiologie et d'imagerie médicale des hôpitaux régionaux;
- D. Les services de radiologie et d'imagerie médicale des hôpitaux locaux.

Outre ces critères quantitatifs, il y a lieu de tenir compte également

- 1. du type d'activités qu'on y exerce,
- 2. des activités extra-hospitaliers (par exemple dans le cadre de la policlinique),
- 3. des besoins de la population.

A l'opposé de l'avis des experts de la Société royale belge de radiologie, la Section estime que les services de radiologie et d'imagerie médicale extra-hospitaliers doivent être susceptibles de programmation.

.../...

Il est tout de même évident que le fait de ne pas programmer en dehors du secteur hospitalier, pourrait entraîner une fuite débridée de services hospitaliers (soumis à une programmation contraignante) vers des services extra-hospitaliers.

La programmation d'un seul volet (hospitalier) des établissements de soins de santé, sans y associer les autres volets, est voué à l'échec dès le départ.

La Section souligne dès lors que la programmation des services de radiologie et d'imagerie médicale doit s'appliquer à tout appareillage dans son propre contexte.

On rejette la proposition visant à programmer les seuls services utilisant l'appareillage médical lourd, sans y associer l'appareillage de radiologie dit conventionnel.

On peut distinguer différents types d'équipement en fonction des besoins et sur la base d'un réseau hiérarchisé de services de radiologie, à savoir :

- la radiologie conventionnelle
- l'angiographie conventionnelle
- l'angiographie digitalisée
- la coronarographie
- l'échotomographie
- la tomodensitométrie
- la résonance magnétique nucléaire.

La Section élaborera, à l'égard de la programmation de chaque échelon du schéma hospitalier précité, une proposition détaillée concernant les types d'équipement optimaux.

4. PERSONNEL DES SERVICES DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE.

La Section estime que la programmation d'un service médico-technique ne peut pas exclusivement viser l'appareillage qui y est installé mais qu'il convient également de tenir compte de l'encadrement du service (personnel médical et autre). La Société royale belge de radiologie a élaboré à ce sujet un exemple pratique pour les différentes catégories d'hôpitaux.

Le critère quantitatif devra tenir compte non seulement du nombre d'examen mais également du type d'examen et des malades examinés.

5. COLLABORATION AVEC LES SERVICES DE MEDECINE NUCLEAIRE.

Le service de médecine nucléaire en soi ne fait pas partie du service de radiologie. Il constitue un service médico-technique distinct qui est actuellement en plein essor. Les membres de la Section estiment toutefois qu'il y a lieu de tendre à une collaboration étroite entre le service de radiologie et le service de médecine nucléaire et qu'il est possible de réaliser, sous certaines conditions, une symbiose des deux au sein d'un seul département plus important. On ne pourrait de toute façon accepter une politique visant à limiter les nouvelles techniques dans le domaine de la médecine nucléaire.

Un dialogue entre radiologue et nucléariste au sujet de la répartition des tâches et des moyens diagnostiques utilisés sera, à l'avenir, nécessaires.