

A la Cour des Comptes

■ Pierre Volovitch, économiste

Dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, la Cour des Comptes consacre le chapitre XII à « La politique d'équipement en imagerie médicale »¹. On y trouve, comme souvent dans les rapports de la Cour des comptes, des choses intéressantes exprimées dans un métalangage que je me permettrai parfois de traduire en langage courant.

On commence par rappeler les objectifs :

« Les principes d'une politique globale de l'imagerie ont été posés par la circulaire du 24 avril 2002 relative au développement de l'imagerie en coupe. Ils n'ont pas été modifiés depuis cette date. Quatre objectifs y sont fixés : apporter une réponse appropriée aux besoins de prise en charge des patients, permettre un accès de tous les professionnels à l'imagerie en coupe, favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines, encourager la substitution entre les différentes techniques d'imagerie. Les agences régionales (ARH/ARS) sont désormais chargées de l'application de ce texte. » (p. 297).

Et puis on passe à du plus désagréable :

« Une évaluation, à la fois régionale et nationale, devait permettre en principe de guider de manière périodique les choix. Prévue dans la circulaire d'avril 2002, cette évaluation devait porter tant sur l'activité des appareils, l'organisation des plateaux techniques que sur le respect des recommandations de bonnes pratiques. Or elle n'a jamais été réalisée. » (p. 298).

Et comme l'évaluation qualitative prévue par les textes n'existe pas, on en reste à une politique d'autorisation d'installation uniquement quantitative qui ne garantit ni l'accessibilité, ni la qualité :

Alors que « L'objectif principal du régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale devrait être (...) de garantir une accessibilité suffisante de la population aux examens et de s'assurer que le niveau d'équipement actuel permet aux patients de bénéficier du bon acte, au bon moment, (...) la politique essentiellement quantitative actuelle ne (le) permet pas. » (p. 300).

Ce constat global, la Cour le précise, en s'intéressant successivement à l'inégale répartition des appareils sur le territoire, au problème d'une tarification favorable à l'hospitalisation privée, à la question de la qualité et à l'absence de prise en compte des évolutions technologiques à venir.

Des inégalités persistantes entre régions

Il y a bien eu augmentation du nombre d'appareils : « A la fin de 2002, on comptait en France 230 IRM installés. En 2009, leur nombre était porté à 520 appareils, l'objectif défini pour 2011 étant de 668 machines, soit une progression sur dix ans de 190 %. Les objectifs quantitatifs définis par chaque région montrent sur les cinq ans du SROS III une progression du nombre d'appareils autorisés au plan national de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP. » (p. 297).

Mais cette augmentation du nombre d'appareils laisse persister des inégalités entre régions qui sont un obstacle à l'accès égal pour tous :

« Au-delà de l'augmentation du parc, les objectifs d'équipement définis dans les régions sont très disparates. Ainsi, l'ARH des Pays de la Loire poursuit l'objectif, pour 2011, d'autoriser moins de 12 scanners par million d'habitants. Dans le même temps, les ARH de Champagne-Ardenne et Midi-Pyrénées ont un objectif de plus de 18 machines par million d'habitants.

Des observations comparables peuvent être faites concernant les IRM. En Corse ou en Bourgogne, il est prévu d'autoriser l'installation de 6 à 7 IRM par million habitants quand l'Ile-de-France vise un niveau d'équipement deux fois supérieur.

Ces objectifs ne sont pas toujours le reflet de la situation sanitaire de la population. Malgré les préconisations du plan cancer de 2003, les trois régions où la mortalité par cancer est la plus élevée ont déterminé en 2006 des objectifs d'équipement en IRM inférieurs à la moyenne nationale. Au contraire, les deux régions où la mortalité par cancer est la plus faible ont défini des objectifs largement au-dessus. Le résultat est une implantation en 2008 d'un IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile-de-France et d'un IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de Loire. Un tel écart porte atteinte au principe d'égalité d'accès aux soins sur le territoire. » (p. 298).

Une tarification favorable à l'hospitalisation

Un constat désagréable :

« Les délais d'accès aux équipements sont une mesure de l'adéquation de l'offre de soins au besoin (.../...) – Il faut patienter deux à trois fois plus pour un examen d'imagerie en coupe en hospitalisation dans le secteur public que dans le secteur privé. » (p. 300).

Auquel la Cour va donner quelques explications. Ça commence par une de ces litotes que la Cour aime tant manier :

§Accès aux soins §Gouvernement, politique, démocratie, Etat
§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A
§Aménagement du territoire,
Décentralisation,
Soignants/territoires

« L'hôpital public dispose en 2008 de 55 % du parc des scanners et de 45 % des IRM. Ces dernières années, l'évolution du parc a été très favorable au secteur privé, dynamique que le système de tarification négocié par la CNAMTS avec l'activité libérale n'a pas contrarié. » (p. 302).

Revenons donc à cette tarification qui « n'a pas contrarié » l'exercice libéral.

« La tarification des examens réalisés pour des patients ambulatoires par les scanners, les IRM et les TEP comporte deux volets, d'une part, un forfait technique directement pris en charge par l'assurance maladie sans application du ticket modérateur et, d'autre part, des honoraires remboursés à 70 % (100 % dans les cas d'affection de longue durée).

1 – Les forfaits techniques

(.../...) Ce forfait ne rémunère que les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil. Le niveau de ce forfait induit des conséquences financières différentes pour les IRM et les TEP.

a) Pour les IRM les données médico-économiques les plus récentes ont été publiées en juin 2008.../... Pour ne pas être financièrement déficitaires, les structures d'exploitation d'un IRM doivent réaliser presque 4 000 actes par an. En 2006, dans le secteur libéral, deux appareils sur 192 n'atteignaient pas ce seuil de référence.

Quand 6 000 actes sont réalisés, le fonctionnement de l'appareil dégage grâce à la cotation très favorable des forfaits techniques, une marge annuelle de 146 600 €; pour 7 000 actes, la marge obtenue est de 190 000 €, une fois tous les frais de fonctionnement payés, soit des excédents respectivement de 16 et 20 %. Plus le nombre d'actes est élevé et plus le montant et le taux de marge sont importants.

Pour l'ensemble du parc de 479 appareils IRM installés en 2008, l'assurance maladie a versé ainsi en forfaits techniques, un excédent injustifié de l'ordre de 70 M€. Dès 2003, une note d'actualisation des coûts des actes de remnographie, réalisée par la CNAMTS, mettait en évidence pour les IRM des écarts entre les coûts effectifs et les tarifs des forfaits techniques de 17 % en province et de 22 % à Paris. Pourtant, en 2005, lors de la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature, n'a été appliquée qu'une baisse de 2 % de ces forfaits pour l'ensemble des scanners et des IRM. En 2007, sont intervenues une diminution supplémentaire de 4 % ainsi que la création de paliers de dégressivité à l'application difficilement contrôlable et peu contrôlée, ne compensant visiblement pas les gains de productivité réalisés. Pareil raisonnement s'applique également aux scanners, pour lesquels si on ne dispose pas de données actualisées, les excédents de rémunération étaient évalués en 2003 entre 11 et 14 %.

La marge importante dégagée par les radiologues sur les forfaits techniques d'actes d'IRM et de scanner n'est pas conforme à l'esprit de la définition qui en est donnée dans la réglementation. Aussi est-il souhaitable que ces for-

faits soient revus à la baisse en vue de correspondre aux coûts d'amortissements et d'exploitation observés. » (p. 303-304).

Pour les IRM (imageries par résonance magnétique), la CNAMTS applique des forfaits techniques dont elle sait, au moins depuis 2003, qu'ils sont trop élevés par rapport au coût réel, et donc source de rente pour les radiologues libéraux.

b) Pour les TEP au contraire « des études médico-économiques réalisées par la CNAMTS en 2003 et 2004 tendent à montrer que pour 1 800 actes, soit une activité moyenne annuelle, l'exploitation d'un TEP est déficitaire de 350 000 €. Sur 69 TEP installés, dix seulement sont exploités par une structure privée lucrative. L'essentiel du déficit lié à une tarification inadaptée est donc supporté par l'hôpital public. » (p. 305).

La tarification des TEP (tomographie par émission de positons) conduisant à un déficit d'exploitation, le privé lucratif s'est bien gardé d'en installer. A l'hôpital public de « supporter » comme dit la Cour.

2 – Les honoraires

« En complément des forfaits techniques, les radiologues perçoivent pour les actes réalisés sur des équipements lourds d'imagerie une rémunération pour « acte intellectuel » sous forme d'honoraires.

Il existe des disparités très substantielles de rémunération entre les spécialités médicales qui exercent en libéral. Les radiologues perçoivent ainsi un revenu 1,8 fois supérieur à la moyenne des autres spécialités. En 2005, la mise en œuvre d'une nouvelle tarification pour le paiement des honoraires avait pour objectif de favoriser l'équité des tarifs entre spécialités. Toutefois à l'issue des négociations conventionnelles, les tarifs pratiqués antérieurement ont été maintenus pour les actes de remnographie et de scanographie et les nouvelles règles relatives à la détermination du travail médical n'ont pas été appliquées. » (p. 305).

Et c'est ici que je tente une question : D'où le lobby des radiologues tire-t-il sa force ?

Au-delà des rentes qu'elle assure aux radiologues, les « distorsions de tarification » ont des effets sur les pratiques.

« Quand un patient est hospitalisé à l'hôpital public, les examens d'imagerie qui sont réalisés au cours de son séjour sont inclus dans le tarif du séjour. Quels que soient le nombre et la nature des examens réalisés au cours de cette hospitalisation, le montant de la rémunération du séjour est le même et ne dépend que de la pathologie. La logique de cette prise en charge d'un forfait à la pathologie est de conduire les praticiens à ne prescrire et pratiquer que les actes utiles.

Au contraire, si le patient est hospitalisé dans un établissement privé à but lucratif, les actes d'imagerie médicale pratiqués durant le même séjour sont tous facturés

.../...

.../...

en sus du tarif du séjour, sur la base de la tarification s'appliquant en ville, c'est-à-dire des honoraires versés au radiologue libéral et du forfait technique versé au titulaire de l'autorisation d'installation de la machine. Au motif que les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, le principe d'une incitation à une prescription plus vertueuse, tant au bénéfice d'une maîtrise des dépenses de santé que dans l'intérêt des patients, ne s'applique pas. On comprend aisément que ce système de rémunération a des conséquences très différentes dans les deux secteurs, pour les médecins comme pour les établissements où ils exercent.

(...) il n'est pas illogique que les demandes d'autorisations du secteur libéral se développent, d'autant que le nombre limité des machines installées protège de la concurrence et garantit un volume d'affaires conséquent. (p. 307-308).

C'est là que j'aime le mieux la « médecine libérale ». Utiliser des tarifs publics financés par la solidarité et des contingentements de matériel pour multiplier les actes, pas tous utiles, et cultiver ses rentes. Sauf qu'à force de laisser les « libéraux » faire ce qu'ils veulent, on « saigne » l'hôpital public.

« L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) font état, dans des études publiées en 2009, de niveaux de rémunération annuelle très différents, à hauteur de 83 000 € en moyenne à l'hôpital et de 202 800 € dans le secteur libéral. Cette différence de rétribution provoque un déséquilibre inquiétant entre les différents secteurs d'exercice aux dépens du secteur public.

27,7 % des radiologues travaillent à l'hôpital public et cette part est en recul chaque année. Entre 2003 et 2009, l'hôpital a perdu 2,2 % de ses effectifs de radiologues alors que concomitamment le nombre de ces spécialistes installés dans le secteur libéral progressait de 8,7 %. » (p. 308).

Ce qui finit par poser un problème pour l'organisation de la permanence des soins.

« (Les hôpitaux publics) ont l'obligation de faire fonctionner la permanence des soins, sans toujours disposer des effectifs de radiologues suffisants (.../...) La contrainte devient alors très lourde pour les praticiens hospitaliers concernés. » (p. 308).

On a alors recours aux « bricolages » habituels :

« Une des solutions proposées par la circulaire de 2002 est de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée. » (p. 309).

Et puis comme souvent (toujours) le « bricolage » rencontre ses limites :

« L'écart des modes de rémunérations constitue un frein important à ces coopérations. » (p. 309).

La question de la qualité

Le chapitre traite à plusieurs moments la question de la qualité.

A partir de pathologies spécifiques :

« L'accident vasculaire cérébral - La société française de radiologie recommande, devant toute suspicion d'AVC, que soit réalisée une IRM cérébrale en urgence afin de rechercher un infarctus et d'apprécier son étendue (.../...) Mais si la quasi-totalité des patients font l'objet d'une exploration par imagerie cérébrale aux urgences, 94 % de ces patients ont un scanner et seulement 2 % une IRM dans les délais recommandés. Or contrairement à l'IRM, le scanner ne permet pas de différencier un accident ischémique d'une autre pathologie, comme par exemple une sclérose en plaques, pouvant se présenter cliniquement comme un AVC.

Les cancers - L'IRM occupe une place particulière en cancérologie car il permet un diagnostic des tumeurs. Il est également utilisé pour surveiller leur évolution au cours et à distance d'un traitement, dans le cadre d'une surveillance régulière afin de détecter une éventuelle rechute. Le plan cancer 2003-2009 évaluait le besoin à 40 scanners et IRM dédiés aux indications de cancérologie pour ramener leur délai d'accès à 15 jours pour les patients concernés. 81 appareils ont finalement été autorisés à ce titre mais le temps d'attente pour un rendez-vous reste deux fois supérieur à l'objectif. Aucun outil ne permet actuellement de suivre l'évolution de cet indicateur de qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer. » (p. 301).

En posant la question de la pertinence des actes effectués :

« Le développement de l'imagerie en coupe a beaucoup modifié les examens recommandés et certaines pratiques sont devenues obsolètes (.../...) Le dispositif réglementaire existant permettrait d'exclure du remboursement les actes obsolètes. Or la révision de la nomenclature de 2005 n'a pas été suffisamment accompagnée d'une réflexion sur la pertinence des actes. Dès lors, des actes réputés inutiles par la Haute autorité de santé (HAS) sont remboursés par l'assurance maladie et donc fréquemment pratiqués.

(.../...) Depuis 2005, le guide de bon usage des actes d'imagerie précise les non-indications de la radiographie du crâne et réserve son utilisation à des indications très limitées. Dans un avis de 2008, la HAS confirme que, dans la presque totalité des cas, la radiographie du crâne n'est plus indiquée, en particulier en cas de traumatisme crânien. Pourtant, chaque année sont réalisées plus d'un million de radiographies du crâne dont la plupart sont inutiles. Cette pratique est en recul de 15 % seulement depuis 1999. Valorisés au prix de remboursement, ces examens représentent plus de 30 M € de dépenses. » (p. 309-310).

Les remarques de la Cour sont-elles justifiées ? Je n'ai aucune compétence sur ces questions. Mais comme patient, et comme citoyen, j'aimerais être certain que ces questions sont débattues... quelque part...

L'absence de prise en compte des évolutions technologiques à venir

Là encore la Cour fait un constat assez désagréable : « Il n'existe pas de structure en charge du suivi de l'évolution de l'état des connaissances en imagerie, pour coordonner, organiser et hiérarchiser l'information et la rendre utilisable par les acteurs en charge de la planification ; ceux-ci doivent souvent statuer en l'absence de position ou de stratégie proposée au plan national. » Au milieu de son chapitre la Cour glisse, discrète-

ment, un paragraphe qui me semble avoir sa place en conclusion :

« Dans un contexte où la tarification, en générant des rentes indues et en ne décourageant pas les pratiques inadéquates, n'assure pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité d'accès aux soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Il se trouve finalement au service d'une politique de « contingentement » de l'accès aux soins pour les patients ». (p305). —



1. Pour ceux qui voudraient lire la chose en intégrale : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-24.html> – puis aller au chapitre « la politique d'équipement en imagerie médicale ».

Le radiologue et le fric

■ Anne Perraut Soliveres, praticien chercheur, cadre infirmier

Si le métier de radiologue reste une des spécialités médicales les plus lucratives (moyenne des revenus), on est en droit de s'étonner qu'il soit désormais quasi impossible d'en recruter dans les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Ceci expliquerait-il cela ? Qu'est-ce qui différencie le profil de ceux qui choisissent cette spécialité des autres médecins ? Aurait-on organisé la « pénurie » pour ne pas saturer le marché ou les cabinets demandent-ils un tel investissement financier qu'il reste très peu de clients potentiels ? Mais alors, pourquoi tant de services d'imagerie hospitalière se plaignent-ils de ne pas trouver de candidats salariés ? Quel est le numerus clausus dans cette spécialité ?

Je persiste à m'indigner devant l'obligation qui est faite à de nombreux hôpitaux, étranglés par des réformes de plus en plus contraignantes et ne trouvant pas de candidat pour le poste de radiologue, de passer marché avec des « entreprises privées » de radiologie. Comment en effet qualifier autrement un radiologue, privé, présent dans plusieurs hôpitaux, dont un public, utilisant les infrastructures et le personnel financés par l'argent public, non lucratif par conséquent, pour exercer un métier privé très lucratif ? J'ai travaillé dans un de ces hôpitaux PSPH qui, après de longues et infructueuses recherches, a « choisi » de passer contrat.

On pourrait imaginer que la fascination du public pour des images de plus en plus performantes, associée à une culture scientifique qui a tendance à ne

croire que ce qu'elle peut voir, jouent un rôle non négligeable pour attirer les médecins en quantité suffisante pour assurer la relève dans cette voie. Pour avoir eu l'occasion de passer derrière la console, j'ai constaté qu'il y avait du jeu et un certain plaisir de l'opérateur (et des témoins...) dans la reconstitution animée de l'individu vivant sous sa forme squelettique sur l'écran. Les images en 3D sont autrement plus excitantes que celles des salles d'anatomie ! Ce métier est-il devenu trop complexe ? Trop porteur de risques potentiels ?

Ces questions ne sont pas anodines car elles soulignent une évolution du système de soins qui ne fait que se détériorer, alors que les progrès techniques, s'ils sont utilisés à bon escient, devraient au contraire l'améliorer. Mon intention n'est pas de faire le procès des radiologues, mais de dénoncer la dérive qui les entraîne, à l'instar d'autres spécialités, à attacher davantage d'importance au marché et à l'amortissement du matériel très coûteux qu'ils utilisent qu'à leur exercice.

Sans compter que le cabinet (privé) que je suis amenée à fréquenter depuis de nombreuses années, et dans lequel je n'ai eu qu'à me louer de la compétence (qualité tant humaine que technique) des radiologues, vient d'instaurer un dépassement d'honoraires, que j'ai refusé de régler au nom de mes valeurs, au grand dam de la secrétaire un peu gênée. Après décision d'un des praticiens, j'ai finalement pu bénéficier de mes examens au tarif normal. Comment en sont-ils venus à pratiquer de la sorte ? Voilà la grande question. —