

## **Chapitre XVI**

### **Le suivi des recommandations formulées par la Cour**

---

**PRESENTATION**

---

*Comme l'année dernière, la Cour examine les suites données à ses précédentes recommandations : d'abord de manière globale, en se fondant sur l'examen qui en est fait par l'administration ; ensuite de manière plus sélective en donnant un exemple de suites encore insuffisantes, dans le domaine des dépenses de radiologie et de biologie.*

---

## **I - Le suivi des recommandations effectué par les administrations**

La Cour accorde une attention de plus en plus systématique aux suites données à ses précédentes recommandations. Comme bon nombre d'institutions supérieures de contrôle européennes, elle a même décidé de faire de l'appréciation du degré de mise en œuvre de ces recommandations l'un de ses indicateurs de performance<sup>434</sup>.

Dans le domaine particulier de la sécurité sociale, l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu une procédure particulière, sur laquelle la Cour peut se fonder pour établir ses appréciations : « chaque année, avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

La Cour a déjà montré que cette obligation était très mal respectée. Il en a été de même pour rapport qui aurait dû être transmis par le Gouvernement à l'été 2008, relatif aux suites données au RALFSS de 2007, ce qui confirme les réticences déjà décrites.

Pour autant, le travail interne à l'administration d'examen des précédentes recommandations a pu être produit, portant même, comme la Cour le souhaitait, sur les trois derniers rapports, et non plus sur le seul dernier. Restant consciente des précautions méthodologiques indispensables<sup>435</sup>, la Cour s'est efforcée d'en tirer une première appréciation

---

434. Voir l'insertion consacrée aux « effets des interventions de la Cour : une approche statistique », dans le rapport public annuel de 2009 (deuxième partie, p.1 à 4).

435. Dans cette approche, les recommandations ne sont pas hiérarchisées, alors qu'elles sont d'une importance relative très variable. En outre, l'appréciation portée par la Cour sur les évolutions constatées, destinée à les traduire en résultat élémentaire, peut être en partie subjective.

synthétique du degré de prise en comptes des recommandations contenues dans le RALFSS.

#### Suites données aux recommandations des trois précédents rapports

	RALFSS 2008	RALFSS 2007	RALFSS 2006	Total
a) Nombre de recommandations-orientations	58	46	44	148
b) Nombre de recommandations examinées	41	41	37	119
c) Nombre de recommandations suivies	13	18	9	40
d) Nombre de recommandations partiellement suivies ou en cours	19	11	12	42
e) Indicateur synthétique	55%	57%	41%	51

Source : Cour des comptes

Note de lecture : b) toutes les recommandations ne donnent pas lieu à examen : les orientations ou les recommandations réitérées en sont ainsi exclues.

e) L'indicateur synthétique valorise pour « 1 » une recommandation suivie de manière complète (c) et pour « 0,5 » une recommandation suivie de manière partielle et/ou en cours de mise en œuvre (d). On rapporte le score au nombre de recommandations examinées (b).

Si l'on considère les deux lignes c) et d), on retrouve l'ordre de grandeur déjà signalé l'an passé, de deux tiers des recommandations partiellement ou complètement mises en œuvre. L'indicateur synthétique (en e), qui prend mieux en compte le caractère souvent partiel des suites données, reste quant à lui supérieur à 50%. Ces résultats témoignent de la qualité en général satisfaisante du dialogue entre les administrations et la Cour, en amont du rapport, pour sa préparation, et en aval, pour son utilisation<sup>436</sup>.

Pour autant il convient de mesurer que des recommandations « partiellement suivies » peuvent recouvrir des situations qui restent du point de vue de la Cour insatisfaisantes, comme le montre l'exemple qui suit, relatif aux dépenses de radiologie et de biologie.

436. Une « coupe transversale », consistant à analyser les suites données à de précédentes recommandations de la Cour dans la dernière LFSS, confirme cette appréciation (voir le rapport public annuel de 2009, deuxième partie, pp. 23 à 32).

## II - Les dépenses de biologie et de radiologie

Les secteurs de la radiologie et de la biologie médicale bénéficient de progrès techniques qui permettent des améliorations au regard des objectifs tant de santé publique (qualité des diagnostics) que d'efficience des soins (réduction des coûts).

Pour cette raison, les dépenses de radiologie et de biologie constituent des gisements d'économies pour les régimes d'assurance maladie, exploités à l'occasion des plans successifs de maîtrise des dépenses. Ainsi, en dernier lieu, le cadrage financier de la négociation avec les professions de santé pour 2009 prévoyait des mesures d'économie à hauteur de 100 M€ au titre de la baisse de tarifs applicables tant à la biologie qu'à la radiologie<sup>437</sup> -soit 200 M€ sur un objectif d'économies totales de 250 M€ en contrepartie de mesures financièrement favorables aux professions de santé.

La progression des honoraires liés à ces activités reste pourtant soutenue (+6 % par an entre 2000 et 2007 dans le cas de la biologie médicale, +4% dans celui de la radiologie) et leur rentabilité pour les professionnels concernés atteint des niveaux élevés, sans être justifiée par un risque important. Radiologues et biologistes perçoivent aujourd'hui les revenus nets parmi les plus importants des professions de santé, de peu inférieurs à 200 000 € par an<sup>438</sup>.

Dans un contexte analogue, le RALFSS de 2005 formulait quatre recommandations : (1) assurer un suivi annuel des dépenses totales de radiologie et de biologie, (2) réformer et assouplir la réglementation de manière à faciliter le regroupement des laboratoires de biologie médicale et la rationalisation de leur activité, (3) baisser régulièrement la cotation des actes de biologie médicale à raison des progrès techniques, (4) desserrer le contingent des équipements d'imagerie nouvelle (scanner et IRM), développer les contrôles visant à la rationalisation du nombre de radiographies effectuées et engager l'application de tarifs cibles.

---

437. Ce qui correspond à environ 3 % des dépenses de biologie remboursées par les régimes sociaux en 2007 et à 4 % de celles de radiologie.

438. Les revenus libéraux des radiologues nets de charges professionnelles, au titre des bénéficiaires non-commerciaux, s'établissaient en moyenne à 198 500 € en 2006 (DREES, Etudes et résultats n° 643, « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 »). Pour sa part, le résultat net par biologiste libéral de l'échantillon traité par l'union nationale des associations agréées (UNASA), calculé pour une population de biologistes déclarant là encore des bénéficiaires non-commerciaux, s'élevait à 194 000 € en 2004 (chiffre cité dans le rapport de l'IGAS cf. infra).

Au terme de l'examen du suivi de ces quatre recommandations, la Cour a établi les constats suivants.

### **A – L'absence de suivi annuel des dépenses totales de biologie et de radiologie**

Contrairement à la recommandation faite en 2005, l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) n'a pas assuré un suivi régulier des dépenses afférentes à la biologie et à la radiologie dans les établissements de santé publics et dans les établissements privés participant au service public hospitalier (SPH). Additionnées aux dépenses des cliniques à but lucratif et des cabinets de radiologie ou des laboratoires d'analyse privés, qui se trouvent comptabilisées dans les soins de ville, elles permettraient pourtant de reconstituer annuellement les dépenses totales correspondantes. En 2009, à la demande de la Cour, l'ATIH a procédé à une actualisation de son estimation<sup>439</sup>, dont ont pu être déduits les tableaux récapitulatifs suivants.

#### **Dépenses totales de biologie**

	Charges en 2006 (Md€)	%
Etablissements publics	1,74	
Etablissements privés participant au SPH	0,16	
Total	1,9	31%
Dépenses comptabilisées dans les soins de ville (tous régimes)	4,2	69%
<b>Total</b>	<b>6,1</b>	

Source : Cour des comptes d'après des données ATIH et SNIR

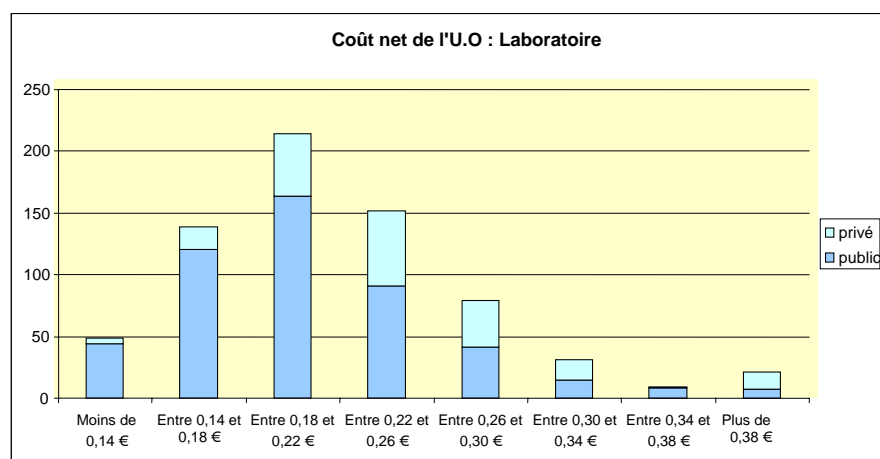
439. Ces tableaux ne sont pas directement comparables avec ceux du rapport de 2005 dans la mesure où les dépenses des établissements (EPS et PSPH) ici indiquées ne comprennent pas une quote-part des frais d'administration générale et de structure de ces établissements, contrairement à ce qui était le cas en 2005.

### Dépenses totales de radiodiagnostic et d'imagerie médicale

	Charges en 2006 (Md€)	%
Etablissements publics	1,4	
Etablissements privés participant au SPH	0,2	
Total	1,6	29%
Dépenses comptabilisées dans les soins de ville (tous régimes) <sup>440</sup>	4,0	71%
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	

Source : Cour des comptes d'après des données ATIH et SNIR

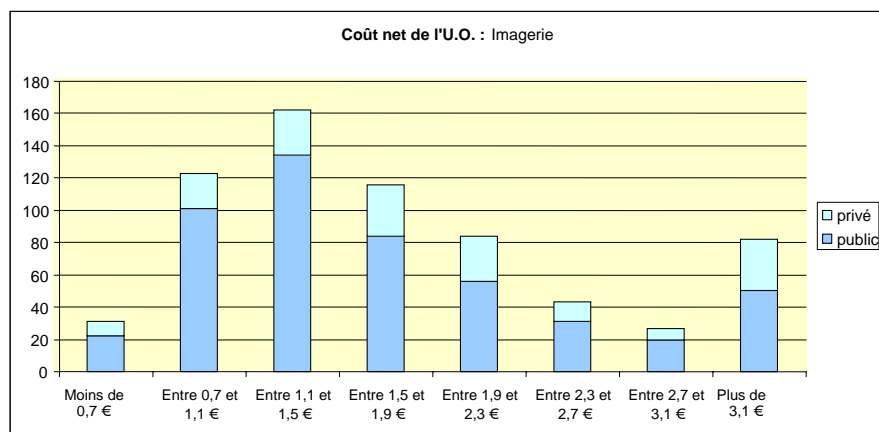
Cette nouvelle étude a aussi mis en évidence la forte dispersion du coût net de l'unité d'œuvre<sup>441</sup> dans les domaines tant de l'imagerie médicale que de la biologie. Il conviendrait d'en rechercher les causes, qui peuvent fournir de précieuses indications pour de futures économies.



Source : ATIH

440. Y compris les forfaits techniques qui rémunèrent l'usage d'équipements lourds comme les scanners et les IRM, ainsi que les dépenses au titre des actes de radiologie réalisés par des non-radiologues, soit, en 2006, respectivement 400 M€ et 940 M€ dans le champ du seul régime général.

441. L'unité d'œuvre permet de mesurer le niveau d'activité consacrée dans les établissements, chaque acte ayant une cotation en fonction des ressources humaines et matérielles mobilisées.



Source : ATIH

L'importance des dépenses de ces établissements, au titre de la biologie et de l'imagerie médicale, ainsi que les phénomènes de substitution possible avec les mêmes activités en ville, justifient que l'ATIH mène régulièrement à bien une telle estimation. La Cour réitère donc la recommandation qu'elle faisait en 2005.

## **B – Le maintien des principaux obstacles au regroupement des laboratoires d'analyse de biologie médicale**

La nécessité de réformer la réglementation actuelle, qui remonte à une loi de 1975, a fourni la matière de deux rapports récents, dont l'un résultait d'une demande de la ministre de la santé et des sports<sup>442</sup> et l'autre émane de l'IGAS<sup>443</sup>. La réglementation actuelle est, en effet, à

442. « Rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale » remis en septembre 2008 par M. Ballereau, qui a coordonné des travaux de réflexion sur l'avenir de cette discipline menés avec les services ministériels, les agences de santé et les syndicats de biologistes.

443. « La biologie médicale : bilan et perspectives », en 2006.

l'origine de l'atomisation du secteur<sup>444</sup> qui freine les gains de productivité et peut porter préjudice à la qualité des analyses<sup>445</sup>.

Conformément aux recommandations des rapports de l'IGAS et de M. Ballereau, qui invitent à adopter un système reposant sur l'accréditation et le contrôle, plutôt que sur des obligations de moyens, la réforme de la biologie médicale prévue par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire »<sup>446</sup> se traduirait par une suppression des normes actuellement applicables aux laboratoires, qu'il s'agisse de la dotation en certains équipements, dont la liste serait devenue obsolète, ou de locaux formés d'un seul tenant et d'effectifs qualifiés, de manière à faciliter certains gains de productivité. Elle redéfinirait la notion de laboratoire, pour faire place dans notre droit à des entités multi-sites sur un territoire de santé. En contrepartie, deviendrait à terme obligatoire la norme internationale des laboratoires d'analyse médicale ISO 15189 (retenue par la plupart des autres Etats membres). L'accréditation supposera notamment que les laboratoires apportent la preuve de leur capacité à mener à bien eux-mêmes 85 % des analyses prescrites. Il devrait en résulter une restructuration du secteur, conduisant normalement à une réduction du nombre de laboratoires.

Il reste que le maintien des nombreuses restrictions quant à la participation au capital des sociétés exploitant des laboratoires<sup>447</sup> ainsi que de l'interdiction de créer des centres de prélèvement, constitue un frein puissant aux regroupements des laboratoires. Il n'apparaît pas justifié par des préoccupations d'accès aux examens en tout point du territoire, celui-ci pouvant au contraire être étendu grâce à la création de

---

444 . La CNAMTS recense 3 840 laboratoires d'analyse de biologie médicale (LABM) au 31 décembre 2007.

445. Selon le rapport de l'IGAS, « au total, en matière de qualité, on peut estimer qu'environ 100 LABM totalement ou partiellement accrédités ISO remplissent les critères, que 2 000 LABM réalisent de vrais efforts pour appliquer les bonnes pratiques et qu'en revanche entre 200 et 500 laboratoires ont un fonctionnement à risque. Quant aux 1 300 à 1 500 restants, souvent petits et dirigés par un seul biologiste, ils ne sont pas en mesure de remplir les conditions de qualité ».

446. L'article 20 de la loi habilite le gouvernement à prendre par ordonnance les dispositions nécessaires à cette réforme, en en indiquant les grands principes.

447. Ainsi, des investisseurs autres que les biologistes exerçant dans le laboratoire ne peuvent détenir au maximum que 25 % du capital des sociétés d'exercice libéral concernées. Il faut citer également l'interdiction pour une même personne physique ou morale de détenir, directement ou non, une fraction du capital social dans plusieurs laboratoires sur un même territoire de santé ou sur deux territoires contigus. Or, on peut penser que des regroupements se feraient principalement d'abord sur la base de la proximité géographique.

centres de prélèvements, ni par des inquiétudes quant à d'éventuelles atteintes au droit de la concurrence, prix et qualité des analyses étant règlementés.

Par ailleurs, la commission européenne juge que les limitations apportées à l'ouverture du capital des sociétés d'exercice libéral (SEL) de biologistes contreviennent au principe de liberté d'établissement prôné par le droit communautaire et a saisi à ce sujet la Cour de justice des communautés européennes le 29 janvier dernier. Elle estime que le monopole d'exploitation dont jouissent les biologistes suffit au regard des objectifs de santé publique et que le monopole de détention ne se justifie pas. Ce point juridique n'est pas tranché à ce jour<sup>448</sup>.

En tout état de cause, favoriser le regroupement des laboratoires constituait un des axes de la recommandation faite dans le RALFSS de 2005, qui demeure pleinement pertinent aujourd'hui. Il convient donc de la renouveler sur ce point.

### **C – Une insuffisante prise en compte des gains de productivité dans la cotation des actes de biologie**

Des comparaisons internationales tendent à établir que les tarifs pratiqués en France sont en général deux à trois fois plus chers que dans les autres Etats, notamment pour des actes courants. Ainsi, en 2006, le prix de la numération de formule sanguine n'atteignait en Italie que 3,31 € son coût unitaire était de 4,63 € en Suède, contre un tarif de 10,80 € en France. L'analyse microbiologique des urines coûtait 6,93 € en Italie, 2,74 € en Suède, contre 18,90 € dans notre pays. La transaminase, quant à elle, revenait à 2,88 € en Italie, 1,89 € en Suède, contre 6,75 € en France. Ce constat comporte quelques exceptions : le TSH coûte 19,11 € en Italie contre seulement 14,85 € en France (mais 5,47 € en Suède). Pour mettre ces comparaisons en perspective, on peut préciser que le nombre total de laboratoires en Italie, (5 000) et de biologistes exerçant à titre libéral, (12 000) apparaissent supérieurs à ce qu'il est en France<sup>449</sup>.

Certes, il a été procédé à des ajustements tarifaires conséquents en 2006, en 2007 et en décembre 2008, devant permettre à chaque fois des économies d'environ 100 M€ en année pleine et tous régimes. Toutefois,

---

448. Cf. affaire devant la CJCE relative aux législations italienne et allemande réservant aux pharmacies le monopole de détention des pharmacies, dont la conclusion et son caractère transposable au cas des laboratoires de biologie restent incertains à ce jour.

449. Source : rapport de l'IGAS, sur la base des réponses à un questionnaire apportées par les conseillers sociaux des ambassades.

ils apparaissent limités au regard des possibilités, 18 des 20 actes les plus importants en volume et en dépense étant désormais automatisés, ce qui conduit à des coûts marginaux très faibles dans le cas de certaines analyses. Ceci tient, d'une part, au souci de moduler les adaptations tarifaires en fonction d'un critère de rentabilité des unités économiquement les plus fragiles. Un tel choix entraîne un coût, à court terme (du fait de retards dans l'ajustement des tarifs) comme à long terme (à cause du maintien de nombreuses unités peu productives, alors que leur diminution ou leur regroupement permettrait d'envisager de nouvelles baisses) et permet aux laboratoires les plus efficaces de se constituer des rentes importantes. D'autre part, la baisse de cotation des actes s'inscrit par trop dans des trains de mesures d'économie en fonction des besoins conjoncturels de l'assurance maladie. Elle devrait faire l'objet d'une politique plus cohérente et plus systématique, dont la mise en œuvre serait programmée sur plusieurs années, par exemple en accompagnement de la réforme de la réglementation de la biologie médicale. Il y a donc lieu pour la Cour de renouveler la recommandation qu'elle faisait dans le RALFSS de 2005.

Cette politique de baisse de prix requiert des moyens d'évaluation et de régulation adaptés. A cet égard, le rapport Ballereau, précédemment cité, indique que « ...la nature conventionnelle des discussions tarifaires, même si la fixation des prix relève d'une décision du directeur général de la CNAMTS, conduit la commission de hiérarchisation des actes à privilégier des acquis injustifiés en continuant à proposer des montants trop élevés pour des examens de biologie médicale dont la partie analytique est très largement automatisée et l'interprétation simple, interprétation pouvant être largement soutenue par des systèmes experts ». Les avis de cette commission ne sont cependant que consultatifs et, dans les faits, l'UNCAM a mis en œuvre des baisses tarifaires nonobstant des avis défavorables de la commission. Ce même rapport préconise l'annonce d'un plan d'économies nettes pour un montant d'environ 70 M€ par an sur trois années consécutives.

A titre plus anecdotique, on peut s'étonner que la décision de 2008 prévoie également un forfait dit de « prise en charge pré-analytique du patient ». En effet, ce dernier, certes faible (B3, soit 0,81 €), comprend le recueil des données administratives du patient et des renseignements nécessaires pour la bonne exécution des analyses, dont on pourrait juger qu'ils font partie des activités normales d'un laboratoire.

Par ailleurs, les actions de maîtrise médicalisée des dépenses montrent certaines limites. On peut prendre l'exemple des dosages de TSH associés à des dosages d'hormones thyroïdiennes. Une étude diligentée par l'URCAM d'Ile-de-France montrait en 2005 que 9/10ème

des ordonnances de TSH, T4 libre et T3 libre étaient inutiles, de même que les 3/4 des prescriptions de TSH + T4 libre, alors que l'ANAES préconisait dès 1998 de prescrire uniquement un dosage TSH dans de nombreuses situations<sup>450</sup>. L'accord signé avec les syndicats de généralistes en 2003 et les actions menées auprès des généralistes avaient permis une diminution de prescriptions de 24,3 % en 2005. Alors que celle-ci aurait dû se poursuivre à un rythme soutenu au vu des connaissances scientifiques, c'est au contraire à une reprise à laquelle on a assisté entre 2005 et 2007 (+25,2 %).

Face à ce constat, la CNAMTS a lancé une nouvelle action de maîtrise médicalisée (envoi de fiches sur le bon usage de ces prescriptions aux médecins libéraux en septembre 2007 et 7 500 entretiens confraternels entre des pharmaciens ou de médecins conseils et de gros prescripteurs d'avril à octobre 2008). Il en est résulté en 2008 une réduction de 3,1% du nombre des prescriptions. L'efficacité de ces actions de maîtrise médicalisée, à la fois réelle mais temporaire, conduit à s'interroger sur les meilleures méthodes permettant d'infléchir durablement les choix de prescription et/ou de réduire de manière très sensible le nombre de certaines ordonnances, quand on peut les considérer comme inutiles (voir supra le cas des ordonnances TSH, T4 libre et T3 libre).

Cette situation conduit à poser la question d'une action plus contraignante visant à la maîtrise de l'augmentation de la consommation, dans le cas des examens qui enregistrent une forte progression et se prêtent le mieux à la définition de référentiels opposables, comme le propose le rapport Ballereau, qui en attend une économie de 30 M€ par an sur trois ans<sup>451</sup>. Les méthodes actuelles ne conduisent, en effet, qu'à des succès limités et temporaires. Il serait également logique qu'après des campagnes d'information, l'assurance maladie puisse mettre en œuvre des procédés à caractère plus coercitif auprès de professionnels censés désormais connaître les bonnes pratiques.

---

450. En extrapolant les résultats de cette étude à toute la France, on peut mettre en évidence que si, en 2004, les prescriptions avaient toutes été appropriées, ce qui aurait eu pour conséquence une proportion beaucoup plus élevée de dosages de la TSH seule, les dépenses remboursables afférentes aux dosages de TSH et d'hormones thyroïdiennes se seraient avérées inférieures de 58 M€ au montant constaté, d'où une économie d'environ 40 M€ pour le régime général, au vu du taux de remboursement moyen de cette année-là.

451. D'où, après addition des 70 M€ évoqués plus haut devant résulter de mesures tarifaires, une économie totale de 100 M€ par an sur trois ans, c'est-à-dire un gain en niveau, ou une moindre dépense, de 300 M€ au terme de cette période.

La Cour réitère donc sa recommandation de 2005 relative au renforcement du contrôle individuel des prescripteurs, seulement partiellement suivie d'effet à ce jour.

### **D – Un effort d'équipement en imagerie médicale, mais une pénurie persistante de radiologues dans les établissements publics.**

Il faut prendre acte de l'effort d'équipement en cours rendu possible par le desserrement des contingents recommandé par la Cour. La réforme du mode et des critères d'attribution des autorisations facilite l'adaptation de l'offre aux besoins locaux. Les comparaisons internationales, basées sur les données Eco-santé de l'OCDE, indiquent que si la France se situe plutôt parmi les Etats de l'Ouest de l'UE où le taux d'équipement en IRM comme en scanners est le plus faible, elle tend à combler son retard. C'est en France que ce taux a progressé le plus rapidement entre 2004 et 2006 et l'augmentation de 2006 à 2011 programmée dans les SROS 3, au total de 26 % du nombre de scanners et de 30 % du nombre d'IRM, la placerait dans la moyenne (actuelle) de l'échantillon proposé par l'OCDE, si ces objectifs étaient atteints.

Un suivi national plus attentif permettrait de détecter et prévenir plus efficacement, d'une part, d'éventuelles disparités peu justifiées entre régions, d'autre part, des délais excessifs entre autorisations et installations. La gestion de ces opérations d'équipement dans le secteur public, où les délais entre autorisation et mise en service, particulièrement longs, peuvent atteindre trois ans, mériterait d'ailleurs la fixation d'objectifs de calendrier ab initio.

Par ailleurs, les pouvoirs publics n'ont pas mis en place un système exhaustif et incontestable de suivi national des délais d'attente des patients, qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils viennent en consultation externe, dans le cas des établissements publics comme des cliniques et des cabinets libéraux. L'enquête annuelle menée aujourd'hui devrait être systématisée dans le secteur public et étendue au secteur libéral, tout comme les indicateurs pertinents faire l'objet d'un suivi attentif de la part des agences régionales de santé, s'agissant d'une variable et d'un objectif de politique sanitaire jugés essentiels.

En outre, la plupart des volets imagerie des SROS font le constat d'une pénurie de radiologues dans les établissements hospitaliers publics, où de nombreux postes sont vacants, ce qui induit des difficultés d'organisation voire menace le maintien de l'activité. Au 31 décembre

2008, le taux de vacance statutaire des postes à temps plein<sup>452</sup> atteignait 33,6 % pour la France entière, les niveaux s'étageant, en France métropolitaine, de 18 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur à 55 % en Champagne-Ardenne (source : DHOS). La situation a continué à se dégrader au cours de ces dernières années, puisque ce taux n'était encore que de 27,4% en 2005<sup>453</sup>. Le rapport public thématique de la Cour sur la mise en œuvre du plan cancer<sup>454</sup> de 2008 met également en relief les retards pris dans le cas de la radiothérapie (radio-physiciens, manipulateurs en électroradiologie), qui peuvent entraîner des risques sanitaires.

Au final, si le recours aux technologies modernes d'imagerie progresse fortement, en lien avec l'effort d'équipement en la matière, les radiographies conventionnelles n'accusent parallèlement qu'une légère diminution (-0,2 % en 2007), de sorte que le nombre total d'actes d'imagerie continue à augmenter (+2,3 %). De fait, aucune catégorie de radiographie ne connaît de repli important (sauf la radiographie urogénitale). Les nouvelles techniques tendent donc à s'ajouter au lieu de se substituer aux anciennes. C'est, pour l'assurance maladie, une source de préoccupation et un volet de l'action de maîtrise médicalisée des dépenses. Elle a notamment pris des initiatives visant à limiter le nombre de radiographies du crâne, près d'un million par an, excessif au regard des indications en la matière. A défaut d'être juridiquement contraignantes, les procédures choisies s'efforcent à un suivi individualisé, obligeant les praticiens à s'interroger sur leur activité et à rendre compte d'éventuelles anomalies. Comme le RALFSS de 2005 le soulignait, un développement des contrôles, d'une efficacité plus grande et plus immédiate, apparaît hautement souhaitable.

En pratique, le principal instrument de régulation des prix dans ce secteur a consisté dans la baisse des suppléments de numérisation et dans l'ajustement des forfaits couvrant les coûts de fonctionnement et d'amortissement des équipements installés. L'économie au titre des mesures prises en 2007 dépasserait 100 M€ en année pleine. En outre, en

---

452. A distinguer du taux de vacance effectif, puisque les postes peuvent être occupés par des personnels non-statutaires recrutés localement et souvent à titre temporaire.

453. La DHOS n'a pu fournir de statistiques sur les taux de vacance effectifs, dont le niveau élevé peut avoir pour conséquence la sous utilisation des équipements. Cette observation rejoint le constat plus général fait par la Cour quant à l'insuffisance des moyens de suivi de la situation des personnels dans les établissements publics de santé (rapport public annuel de 2009, 2<sup>ème</sup> partie consacrée aux suites données aux observations des juridictions financières).

454. Cour des comptes, La mise en œuvre du plan cancer, La Documentation française, pp. 80, 109, 116 et 212, recommandations 23 et 24.

mars 2009, l'UNCAM a décidé la mise en œuvre d'un abattement de 50 % à partir du deuxième acte de radiologie conventionnelle ainsi que dans le cas des associations, fréquentes, de mammographies et d'échographies<sup>455</sup>. Cette mesure, qui constitue un alignement bienvenu sur le droit commun des professions médicales, procurerait une économie de 100 M€ en année pleine.

En revanche, hors baisses des forfaits techniques et changement des règles d'association, les actes de radiologie ne voient que rarement leur cotation se réduire en tant que telle. De fait, de tels ajustements concerneraient souvent des actes courants et pèseraient principalement sur les comptes des cabinets les plus petits, ce que l'assurance maladie souhaite éviter. En contrepartie, les actes plus innovants ne bénéficient pas, pour des raisons financières, des revalorisations qu'impliquerait la convergence vers les tarifs-cibles de la classification commune des actes médicaux. Il importe pourtant que la cotation des actes reflète leur coût et leur utilité réels, en particulier pour limiter et mettre fin aux rentes constatées. La Cour réitère donc sa recommandation d'une pleine application de la classification commune des actes médicaux dans ce secteur.

Au final, quatre ans après les recommandations du RALFSS de 2005 dans le domaine de la biologie et de la radiologie, si quelques évolutions positives ont pu être constatées, celles-ci s'avèrent loin d'être à la hauteur des enjeux économiques et financiers, en particulier dans la situation actuelle des comptes de l'assurance maladie.

---

455. Plus précisément, l'acte dont le prix est le plus élevé se trouve tarifé à taux plein, les autres à 50 % de leur valeur.