

Le Médecin Radiologue de France

Hors série
NOV-DEC # 385
2015



Le journal de la FNMR
www.fnmr.org

EN DIRECT DE CHICAGO
RSNA 2015



100

Outre la commémoration du centenaire, cette nouvelle édition du RSNA (Radiological Society of North America) va permettre, une fois de plus, de découvrir toute la richesse de l'innovation en matière d'imagerie médicale.

Cette découverte, si passionnante et excitante soit elle, engendre également un certain degré de frustration : les attaques répétées contre notre profession depuis 2007 pénalisent grandement nos capacités d'investissement et donc nos possibilités de mettre en œuvre ces innovations et d'en faire bénéficier nos patients. En outre, même si plus d'autorisations d'IRM ont été données, nous restons toujours très en deçà des moyennes européennes – sans parler des Etats-Unis ou du Japon.

Mais, au RSNA, il ne s'agit pas seulement de matériel car les rencontres avec les radiologues du monde entier prouvent que l'imagerie médicale est, partout, le centre du diagnostic.

Nul doute que la démarche qualitative « Imaging 3.0 » initiée par l'ACR (American College of Radiology) il y a

maintenant plusieurs années sera encore au centre des préoccupations des congressistes.

Cette recherche permanente de la qualité est aussi au cœur des préoccupations des radiologues français qui se reconnaissent parfaitement dans ce concept nord américain.

En revanche, si nos collègues d'outre-atlantique sont soutenus dans cette démarche par les structures assurant la prise en charge financière des actes ainsi valorisés, ce n'est pas le cas en France où, depuis plus de dix ans, il n'a jamais été possible d'obtenir une telle reconnaissance des radiologues engagés dans la démarche Labelix.

Ne boudons cependant pas notre plaisir, pour les heureux qui sont à Chicago, et profitons de ce moment annuel pendant lequel nous savourons la fierté légitime d'appartenir à cette spécialité unique : la radiologie.

Docteur Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

sommaire

- Living with Medicare
Les relations entre médecins et l'assureur public aux Etats-Unis 02
- Living with Medicare
Autoprescription et imagerie médicale 05
- Principaux indicateurs Etats-Unis France 08

Annonceur

GUERBET

03 et 07





Living with Medicare

Les relations entre médecins et l'assureur public aux Etats-Unis

Medicare est l'organisme de sécurité sociale en charge des plus de 65 ans aux Etats-Unis. Medicare dépense annuellement près de 430 mds de \$, dont 15 % (68,6 Mds de \$) en rémunération des professionnels de santé. Medicare est géré au sein d'un organisme appelé CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) qui couvre donc la sécurité sociale des personnes âgées, celle des plus pauvres (Medicaid) et un programme spécial destiné aux enfants des familles dont les niveaux de revenus ne permettent pas de bénéficier des prestations de Medicaid (CHIP).

Medicare est en même temps un organisme extrêmement bureaucratique, très contraint par la réglementation et extrêmement innovant. Son budget dépend du Congrès américain, qui est conseillé par un organisme indépendant et bipartisan appelé Medpac, dont les recommandations – à défaut d'être régulièrement suivies par le Congrès – sont toujours intéressantes et innovantes.

Etre médecin conventionné par Medicare

En 2014, 573 000 médecins ont facturé Medicare. La majeure partie d'entre eux (96 %) ont passé convention avec Medicare et accepte les tarifs proposés par cet organisme. Ceux-ci sont calculés sur la base d'une échelle de valeurs relatives, sur un modèle similaire à la CCAM¹ qui s'est inspirée des travaux de Medicare, à partir d'une liste d'actes gérée et mise à jour par l'American Medical Association. Le tarif d'un acte se divise toujours en un coût professionnel et un coût médical, ajustés d'un facteur géographique pour tenir compte des grandes variations entre les régions américaines.

La question qui se pose régulièrement est la pertinence du niveau de prix de Medicare. Les tarifs des actes par Medicare se situent à environ 80 % des prix payés par les assureurs privés du marché. Cependant, Medicare démontre régulièrement que des praticiens ayant une clientèle exclusivement ou majoritairement composée de patients de Medicare vivent aussi bien que les autres et considère que les tarifs proposés sont « raisonnables », même si la question du paiement à l'acte « pur et dur » est de plus en plus discutée au sein de Medicare.

L'un des enjeux majeurs sur les prix est lié au Sustainable Growth Rate (SGR), qui est une disposition d'ordre

budgétaire qui impose que les dépenses de Medicare ne dépassent pas un certain taux de croissance cumulé. Dans le cas contraire, l'ajustement se fait au travers de la baisse des prix unitaires. Or depuis 1999, le Congrès a tous les ans – à l'exception notable de 2002 – autorisé Medicare à dépasser le SGR en reportant sur les années suivantes l'incidence. En mars 2015, l'application de la loi a provoqué un réel mouvement de panique car le mécanisme de SGR prévoyait une baisse de 21,2 % des tarifs au 1er avril. Le congrès a voté en extremis l'abrogation (« repeal ») du SGR.

Les médecins conventionnés par Medicare bénéficient d'un 1/3 payant généralisé et efficace. Ils bénéficient également d'autres avantages, notamment d'un nombre de subventions, parmi lesquelles on notera le Primary Care Incentive Payment (650 M\$ en 2012), destiné à proposer des actions innovantes de coordination et de suivi sur une base forfaitaire, l'Electronic Health Record Incentive Program (2 563 M\$ en 2013), mieux connu en Europe sous le nom de Meaningful Use, et l'eRX upward adjustment (335 M\$ en 2012), destiné à faciliter la prescription électronique.

Etre médecin radiologue conventionné par Medicare

L'imagerie médicale est comme partout un poste important des dépenses et Medicare suit avec intérêt son évolution, au travers d'une approche originale bien qu'un peu complexe.

La croissance des volumes est mesurée par le nombre d'acte, mais en pondérant ce dernier par les échelles de valeurs relatives, ce qui rend mieux compte de l'évolution réelle en prenant en compte la complexité médicale.

Ainsi, l'imagerie médicale, après la forte croissance des années 2000 liée au développement des techniques

¹ Classification Commune des Actes Médicaux.



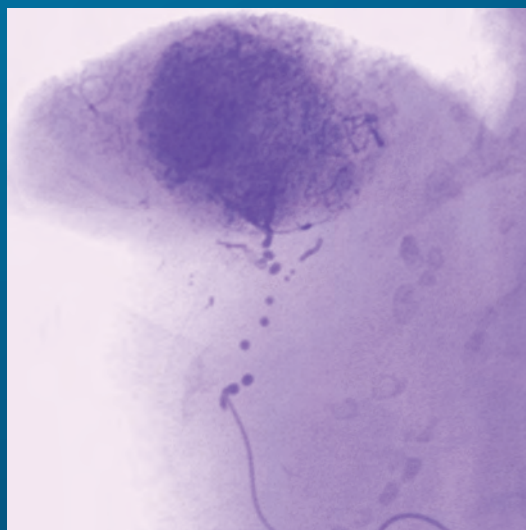
LIPIODOL® ULTRA FLUIDE

Esters éthyliques d'acides gras iodés de l'huile d'œillette (480 mgI/ml)

Nouvelle indication en radiologie interventionnelle

Seul médicament indiqué pour la visualisation, la localisation et la vectorisation au cours de la chimio-embolisation trans-artérielle du carcinome hépatocellulaire au stade intermédiaire, chez l'adulte.

NOUVEAU

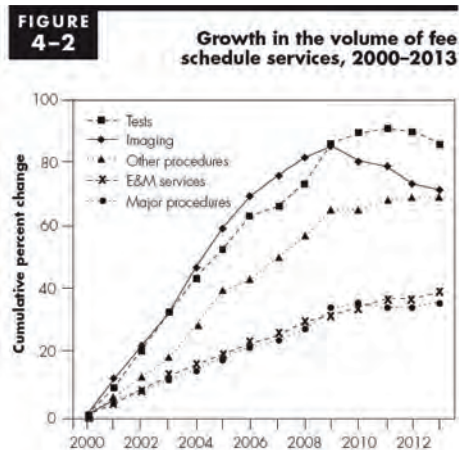


⇒ Entrons dans l'ère de la radiologie interventionnelle et théranostique

Guerbet | 
Contrast for Life

Médicament soumis à prescription médicale. Non remboursable. Indication non agréée aux collectivités à la date du 1^{er} janvier 2015 (demande d'admission à l'étude). Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur le site guerbet.fr et sur le site de l'ANSM. Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr.

d'imagerie en coupe, est en repli prononcé comme le montre le graphique ci-dessous.



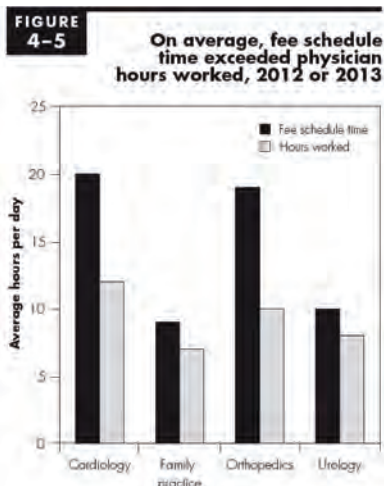
En dépit de ces bonnes nouvelles, Medicare s'inquiète de l'adéquation de ses tarifs et des disparités entre professionnels de santé. Medicare considère que les modèles tarifaires conduisent à une sous-évaluation des soins primaires et une sur-évaluation des soins de spécialité. Medicare s'est livré en 2014 à une étude qui compare les revenus de tous les médecins sur l'ensemble des payeurs, puis ensuite simule ce qu'ils seraient sur la base des seuls tarifs Medicare.

Le revenu moyen d'un médecin aux Etats-Unis est de 328 000 \$, celui d'un généraliste de 220 000 \$, et celui d'un radiologue de 450 000 \$ environ.

Après simulation par l'utilisation des tarifs Medicare seulement, le revenu d'un généraliste passe à 185 000 et celui d'un radiologue à 387 000 \$. Le rapport entre les revenus reste donc inchangé et Medicare en conclut que son échelle de valeurs relatives doit être corrigé pour permettre une correction des écarts.

Ces écarts sont dus principalement à une surestimation du temps nécessaire pour réaliser un acte.

Le tableau ci-après (4-5) montre l'écart entre le temps théorique de travail de quelques spécialités (nombre d'actes x multiplié par temps prévu à la nomenclature dans les



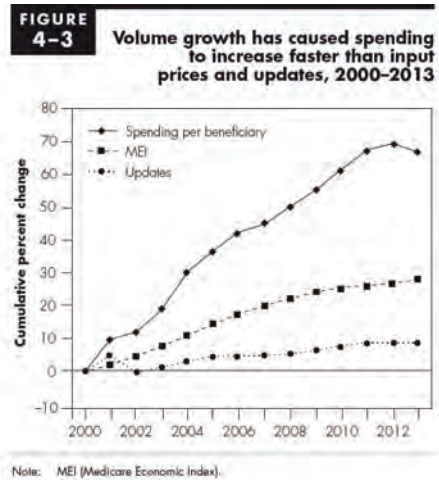
² Radiological Society of North America

échelles de valeurs relatives) et le temps de travail effectif. Certaines spécialités travailleraient ainsi près de 20 heures par jour, sur les bases de temps d'actes retenus pour la tarification.

Sans surprise, ce sont les volumes qui divergent, comme le montre le tableau 4-3. La réponse de Medicare va donc porter sur les causes, et ce qu'il considère comme un usage « inapproprié » des ressources médicales.

Pour l'imagerie médicale, deux axes vont être développés :

- La lutte contre l'autoprescription, voir l'article consacré à ce sujet page 5.
- La rationalisation de la demande d'examen, qui a fait – dans le domaine de l'imagerie – l'objet d'une expérimentation.



The Medicare Imaging Demonstration (MID)

Ce projet pilote a fait l'objet de plusieurs communications au RSNA ² et d'un rapport au congrès américain. Il visait à mesurer l'impact de l'utilisation systématique d'outils d'aide à la décision clinique (CDS) préalablement à la réalisation d'examen d'imagerie en coupe.

Avant publication des résultats, le congrès américain a voté une loi (PAMA Act) en janvier 2014 pour favoriser la mise en œuvre d'outils de CDS.

Or, le résultat de l'expérimentation est pour le moins nuancé :

- Plus de 60 % des demandes d'examen ne trouvaient pas de place dans l'outil de CDS.
- Le temps d'analyse est augmenté de 40 %
- L'économie attendue n'est pas démontrée.

Le rapport au Congrès indique « qu'en somme, même s'il existe des limites à MID, l'expérimentation offre des leçons à retenir et suggère des points d'amélioration sur l'intégration des critères de pertinence dans les outils conçus pour assister les médecins dans la prise de décision clinique. »

Bref, Si la démarche est intéressante et prometteuse, encore une fois, l'enfer est dans les détails. Aux Etats-Unis comme ailleurs, changer les pratiques doit être mené avec prudence. ■

Aissa Khelifa
Consultant FNMR

Living with Medicare Autoprescription et imagerie médicale

Depuis plusieurs années, Medpac ¹ milite auprès du Congrès américain en faveur de mesures drastiques sur l'autoprescription, notamment en imagerie médicale. Depuis 1989, la loi « Starck », du nom d'un parlementaire démocrate californien, interdit « à un médecin de prescrire certains services spécifiques de santé remboursables à une entité dans laquelle il a une relation financière (propriété, investissement ou compensation, sauf si une exception s'applique » tout comme elle interdit « à l'entité de présenter à Medicare ² les demandes de remboursement pour les dits services ».

Sont notamment considérés comme des services spécifiques de santé : les examens de biologie, les examens d'imagerie médicale (incluant la médecine nucléaire), et les examens de radiothérapie.

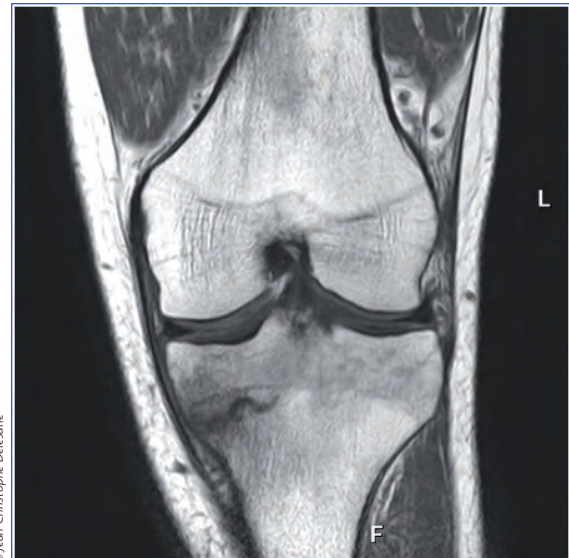
En 2003, le Congrès a autorisé la promulgation d'exceptions, notamment quand le praticien « reçoit une rémunération non financière nécessaire et seulement utilisée pour recevoir et transmettre des flux électroniques de prescription ». Il a également établi un moratoire concernant la participation des praticiens au capital de certains établissements de spécialités.

En 2010, Medicare publie le SDRP (Self-Referral Disclosure Protocol), permettant aux praticiens de déclarer leurs conflits d'intérêt en matière de prescription.

Il existe cependant de nombreuses zones d'ombre, dans lesquelles les spécialités d'organes se sont engouffrées.

Medpac réalise alors plusieurs études, dont l'une aboutit à deux conclusions majeures :

- Quand le médecin est auto-prescripteur, la proportion des épisodes de soins avec au moins un examen d'imagerie est significativement plus importante que pour les médecins non auto-prescripteurs.
- Les épisodes de soins avec médecin auto-prescripteur ont sans surprise un coût d'imagerie constaté supérieur au coût attendu, dans une proportion allant de + 5 % (genou dégénératif – IRM) à + 104 % (insuffisance cardiaque – médecine nucléaire)
(Voir tableau page 6)



IRM du genou

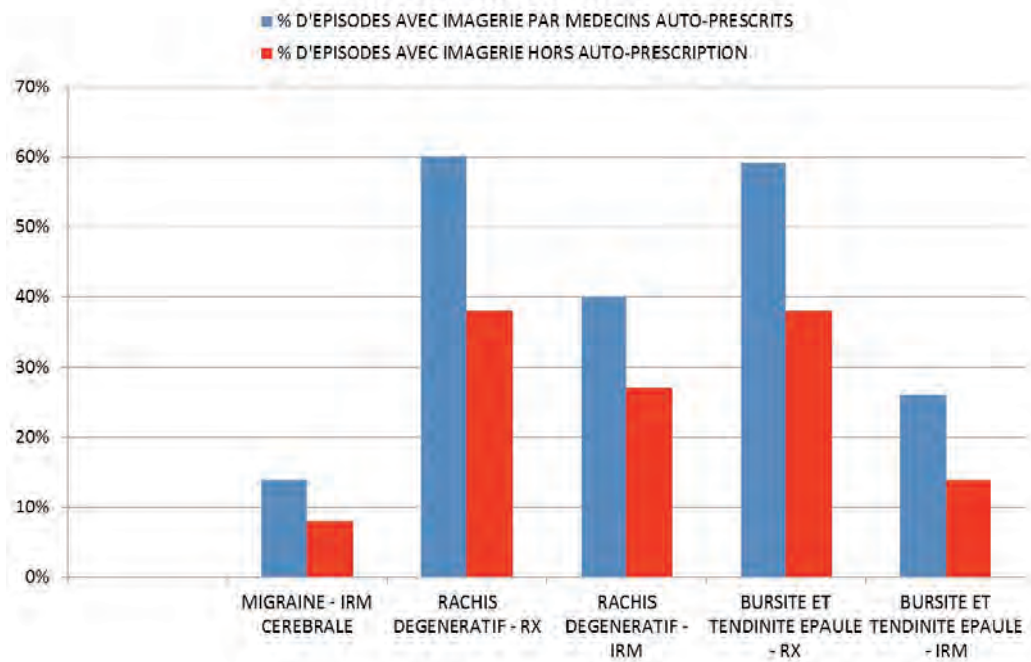
Sur la base des résultats, Medpac publie alors une nouvelle recommandation auprès du Congrès, préconisant :

1. D'appliquer une décote pour la part professionnelle ³ des examens d'imagerie réalisés par le même praticien dans la même session.
2. De forfaitiser les unités de paiement afin d'intégrer certains actes médicaux fréquents et auto-prescrits dans l'acte de base du praticien.
3. De réduire la part de travail médical pour les examens d'imagerie et les tests diagnostiques prescrits et réalisés par le même praticien.

¹ Medpac est une agence d'analyses et de conseils sur le programme Medicare à l'intention du Congrès américain.

² Medicare est une assurance santé fédérale destinée aux plus de 65 ans.

³ Les examens sont payés en deux parties : une part « professionnelle » qui correspond peu ou prou à notre forfait technique et une part « travail médical ».



4. Et de mettre en place un programme d'entente préalable pour les praticiens qui prescrivent de manière substantielle plus d'imagerie en coupe que leurs confrères.

En 2014, constatant la poursuite de la croissance rapide des examens d'imagerie, notamment par les non radiologues, Medpac reprend son argumentation en actualisant un certain nombre de travaux.

Medpac met en évidence plusieurs éléments importants :

Il existe une forte répétition des examens chez les bénéficiaires de Medicare : par exemple, 55 % des patients ayant une échocardiographie en ont une seconde dans les 3 mois. Plus la fréquence initiale des tests est importante, plus la probabilité de les répéter est forte.

De plus, Medpac a mis en évidence une forte inadéquation des pratiques aux recommandations des sociétés savantes. Par exemple, 36 % des IRM pour rachis lombaire n'ont pas été précédées du moindre traitement conservateur. Medpac attribue une grande partie de ces dérives au phénomène d'autoprescription, puisque plus de 50 % de l'activité totale d'imagerie est maintenant assurée par des spécialistes d'organes.

Sur les 4 propositions de 2012, seule la proposition 1 a vu le jour (baisse de 25 % de la part professionnelle des examens multiples). Medpac repart donc à la charge sur les 3 autres propositions :

1. Mettre en place des codes de procédure pour grouper la consultation et l'acte technique, avec une forte décote de l'acte technique. L'American Medical

Association, en charge de la nomenclature, a entamé un travail en ce sens.

2. Réduire le paiement quand l'examen d'imagerie est prescrit et réalisé par le même praticien. Medpac s'appuie sur le fait que « les tarifs pour interprétation incluent l'analyse de l'histoire clinique et des dossiers des patients alors que ces points sont déjà réalisés lors de la prescription initiale ».

3. Mettre en place une entente préalable pour les praticiens qui prescrivent beaucoup plus d'imagerie en coupe que leurs pairs. Medpac s'appuie sur le fait que « 10 % des praticiens prescrivent 50 % de l'imagerie en coupe » et qu'il existe « au sein de ces 10 % de praticiens une fraction significative d'autoprescripteurs » (49 % en médecine nucléaire, 17 % en scanner, 14 % en IRM).

En France, l'autoprescription ne concerne pas l'imagerie en coupe. En revanche, l'échographie, qui représente désormais le premier poste de dépenses en imagerie, est largement auto prescrite puisque plus de 50 % des examens et 58 % des dépenses remboursables par l'assurance maladie le sont pour des actes réalisés par des spécialistes d'organe ou des médecins généralistes. La FNMR a, depuis plusieurs années, attiré l'attention sur ce point qui constitue à la fois un facteur de non-maitrise des dépenses de santé, et pour certaines activités, un facteur de non-qualité.

A défaut d'une politique aussi ambitieuse que celle proposée au Congrès américain pour Medicare, une première mesure simple, comme par exemple un contrôle technique des échographes âgés de plus de 7 ans, constituerait un premier élément de rationalisation. ■



DOTAREM®

0,5 mmol/ml – acide gadotérique

UN MONDE SANS COMPROMIS



NOUVEAU

Kit pour injection manuelle



Le kit comprend :

- 1 Seringue pré-remplie de 20 mL de DOTAREM®
- 1 Prolongateur de 25 cm
- 1 Cathéter sécurisé 22 G

DOTAREM® est indiqué en IRM pour les pathologies cérébrales et médullaires, pathologies du rachis et autres pathologies du corps entier (dont angiographie). Conformément à la stratégie thérapeutique recommandée par la HAS :

- Les explorations radiologiques concernées sont réalisées selon « Le Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » de 2013 (<http://gbu.radiologie.fr/>)

- DOTAREM® est, comme les autres chélates de gadolinium, un produit de première intention lorsqu'un examen par IRM avec produit de contraste est nécessaire. Il expose à un risque de FNS plus faible que d'autres chélates de gadolinium.

Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65%. Agréé aux Collectivités.

Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur la base de données publique des médicaments et sur le site guerbet.fr.

Guerbet |

Contrast for Life

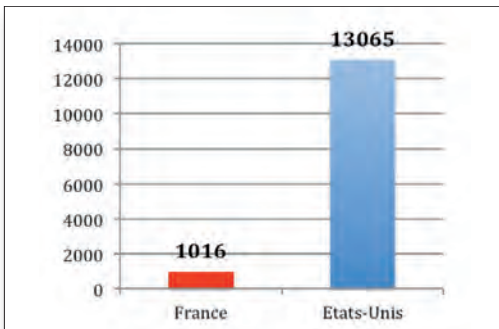


Principaux indicateurs Etats-Unis France

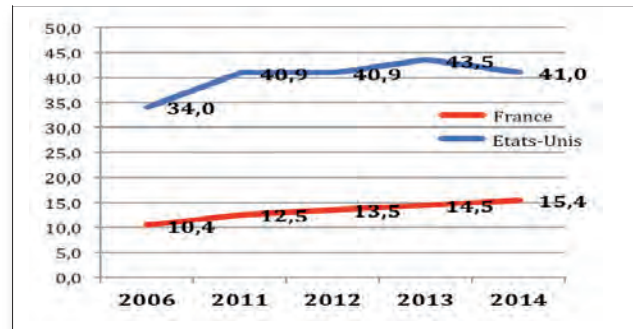
	ETATS-UNIS	FRANCE
Population (2014 en milliers OCDE)	318 892	64 360
PIB/Habitant (2013 OCDE)	53.042\$	37.671\$
PIB Taux de croissance annuel moyen par habitant (2010-13) OCDE	1,3%	0,4%
Indicateurs de santé (2012)		
Espérance de vie à la naissance	79	82
Nombre de médecins (2013)		
Pour 10.000 habitants	24,5	31,8
Dépenses de santé (2011)		
Dépenses de santé par habitant	8 467\$	4 968\$
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	47,8%	75,4%
Dépenses publiques de santé par habitant	4 047\$	3 169\$

Source : OMS 2014 et OCDE 2015

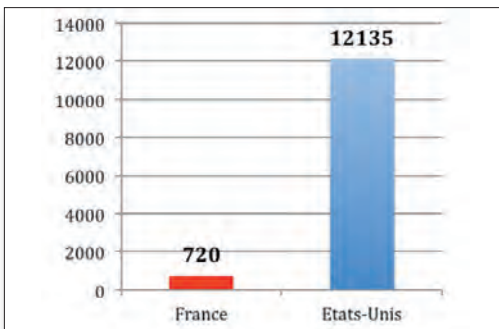
Nombre de scanners 2014



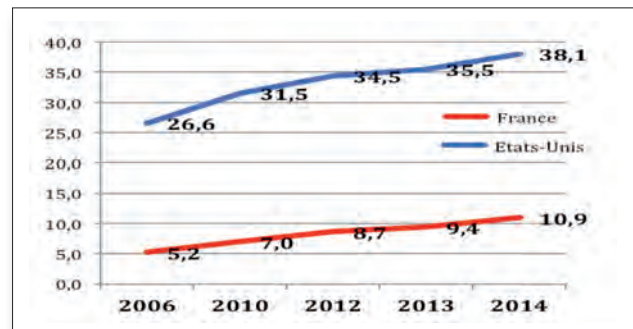
Nombre de scanners par million d'habitants



Nombre d'IRM 2014



Nombre d'IRM par million d'habitants



© Philippe Coquel

Le Médecin Radiologue de France

Directeur de la Publication : Dr Jean-Philippe MASSON
Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON
Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lesculdilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2015