

**N°365641**

**Association société d'imagerie musculo-squelettique et autres**

**1<sup>ère</sup> et 6<sup>ème</sup> sous-sections réunies**

**Séance du 29 septembre 2014**

**Lecture du 22 octobre 2014**

## **CONCLUSIONS**

### **M. Alexandre LALLET, rapporteur public**

La seconde salve du rôle contre l'avenant n° 8 concerne la baisse du tarif de quatre actes d'IRM.

Comme tous les actes de radiologie, ils font l'objet d'une tarification à deux composantes (art. I-14-I de la LAP) : l'une rémunère la prestation intellectuelle, l'autre, appelée « forfait technique », représente le coût de fonctionnement et d'amortissement du matériel utilisé. L'avenant approuvé procède à une réduction de la première composante en deux étapes, entre 2013 et 2014.

Une association de radiologues et 177 praticiens vous demandent l'annulation de l'arrêté dans cette mesure.

Vous pourrez admettre l'intervention de quelques 331 radiologues au soutien de la requête de leurs confrères.

La consultation de la Haute autorité de santé préalablement à l'inscription d'un acte sur la liste des prestations remboursables ne s'imposait pas, puisque les dispositions litigieuses visent seulement à modifier le tarif d'actes déjà inscrits sur la liste. Il a bien été procédé à l'enquête de représentativité prévue à l'article R. 162-54 du code de la sécurité sociale, et l'avenant a été signé par deux syndicats représentatifs des généralistes et trois des spécialistes, représentant plus de 30 % des voix dans chacun des trois collèges des unions régionale des professionnels de santé, comme l'exige l'article L. 162-14-1-2 du même code. L'erreur matérielle relevée quant au syndicat MG France, qui représente les généralistes et non pas, comme l'indique l'arrêté publié au Journal officiel, les spécialistes, est sans incidence sur sa légalité.

Il est soutenu que deux signataires de l'avenant n'étaient pas habilités à le faire.

S'agissant du directeur général de l'UNCAM, le moyen est opérant (V. CE, 27 avril 2001, Fédération des orthophonistes de France, n° 218284, aux T.), mais il n'est pas fondé. L'article L. 182-2-4 prévoit qu'il négocie et signe les conventions et avenants sur mandat du collège des directeurs. En l'occurrence, il bénéficiait d'un tel mandat, dont la formulation

générale pouvait raisonnablement englober l'opération de rééquilibrage dont les radiologues ont fait les frais.

Les requérants mettent également en cause la signature du président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), au motif que les sept conditions dont l'assemblée générale extraordinaire avait assorti son mandat n'étaient pas remplies.

6 des 7 conditions posées par l'assemblée générale de la CSMF n'entretiennent aucun lien avec la baisse tarifaire. Seule la première est pertinente : elle exigeait que « *le montant de l'investissement sur les actes opposables soit à la hauteur des attentes des médecins libéraux pour toutes les spécialités* », ce qui signifiait une « *revalorisation significative pour toutes les spécialités* ». Or il n'est pas évident d'affirmer qu'elle est satisfaite, comme l'a fait le bureau confédéral de la CSMF après la signature<sup>1</sup>. En effet, si de nombreuses spécialités bénéficient d'actes « gagnants », les radiologues, qui se rattachent à la spécialité « radiodiagnostic et imagerie médicale », n'en font pas partie, et c'est précisément ce dont ils se plaignent ici. Il nous paraît donc difficile d'écarter le moyen au fond.

Nous pensons toutefois qu'un requérant ne peut utilement invoquer le dépassement, par le signataire d'un avenant à la convention médicale, du mandat que l'organisation qu'il représentait lui avait confié à cette fin.

En pure opportunité, on mesure aisément tous les inconvénients qui pourraient en résulter pour l'UNCAM puis l'autorité ministérielle qui approuve l'avenant, lesquels devraient s'assurer que les conditions posées par le mandant, au demeurant plus ou moins claires, ont été respectées par chaque signataire<sup>2</sup>.

En pur droit, les choses sont un peu plus compliquées. Sans doute, à la différence du précédent de 2001 que nous avons cité sur la représentation des caisses, les conditions d'habilitation signataire représentant une organisation professionnelle intéressent avant tout les rapports de droit privé entre ses organes. Mais une habilitation viciée peut contaminer la légalité de l'acte administratif qui en résulte. En matière de marchés publics, où les textes prévoient expressément que le contrat est signé par un représentant dûment habilité de la personne morale cocontractante, vous jugez ainsi qu'il appartient à la personne publique de vérifier l'existence d'une habilitation, qu'elle résulte des statuts ou d'un mandat, à signer en son nom un marché. Et vous vous refusez en conséquence à faire jouer la théorie du mandat apparent (CE, 17 décembre 2008, OPAM, n° 282178, aux T.)<sup>3</sup>. Et dès l'instant où le

---

<sup>1</sup> On relèvera toutefois que le quota de 50 % de médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, initialement exigé pour que le mécanisme entre en vigueur, et dont la CSMF réclamait la suppression, a été seulement abaissé à un tiers (art. 36 de la convention dans sa rédaction résultant de l'article 4 de l'avenant).

<sup>2</sup> L'appréciation à porter peut d'ailleurs être très complexe, lorsque les conditions imposées au négociateur sont libellées en termes vagues ou sous la forme d'objectifs, comme c'est souvent le cas. En général, ces conditions, lorsqu'elles sont rendues publiques, visent surtout à faire pression sur la partie « adverse ». Nous ne sommes guère enclin à leur conférer une grande portée juridique. En outre, on ne peut exclure qu'une organisation ne « piège » un avenant en le signant puis en vous demandant d'annuler telle ou telle clause en se prévalant de ce que le signataire a excédé, sur les points litigieux, le mandat qui lui avait été confié, et dont personne n'avait eu connaissance le cas échéant.

<sup>3</sup> Comme l'indique votre décision du 4 avril 2005, T... (n° 257579, aux T.), s'appropriant ainsi la jurisprudence judiciaire, un mandant ne peut être engagé sur le fondement d'un mandat apparent que si la croyance du tiers à

signataire ne jouissait pas de cette habilitation, vous déclariez nul le contrat administratif (CE, 14 décembre 1988, EPA de Saint-Quentin-en-Yvelines, n° 71627-72057-72071, aux T.<sup>4</sup>). Il devrait en aller de même, *a fortiori*, pour les conventions médicales qui non seulement sont des contrats administratifs dès leur signature<sup>5</sup>, mais revêtent un caractère réglementaire dès leur approbation, ce qui plaide pour une certaine sévérité. En toute rigueur, l'administration devrait donc s'assurer de l'existence et du respect de l'habilitation<sup>6</sup>.

Il résulte toutefois de l'article 1998 du code civil que la ratification, expresse ou tacite, de l'acte du mandataire par le mandant rend l'acte opposable à ce dernier. Dans certaines configurations, la Cour de cassation admet que l'abstention du mandant vaille ratification implicite (Cass. 3ème civ., 2 mai 1978, n° 7614835, au Bull. ; Cass. 1ère civ., 17 mai 1993, n° 91-20112, au Bull.). Or en vertu de l'article R. 162-54-4 du code de la sécurité sociale, la convention et ses avenants sont communiqués dès leur signature à toutes les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés, y compris aux organisations signataires, en vue de faire valoir leur droit d'opposition dans un délai d'un mois. Il convient de considérer que, en l'absence de réaction, c'est-à-dire de rétractation, d'une organisation signataire, le mandant a ratifié l'acte conventionnel passé par son mandataire. Le moyen sera donc, par construction, toujours inopérant<sup>7</sup>.

Après ce hors d'œuvre, il est temps d'attaquer le plat de résistance. Disons-le d'emblée : il met en lumière une incroyable légèreté de l'UNCAM, dont vous devrez déterminer si elle est blâmable.

Il est soutenu que les mesures litigieuses ont pour effet de remettre en cause la hiérarchisation des actes, ce qui excède la compétence des partenaires conventionnels.

---

l'étendue des pouvoirs du prétendu mandataire est légitime, ce qui suppose que les circonstances autorisent le tiers à ne pas vérifier les limites exactes de ces pouvoirs (CE, 4 avril 2005, T..., n° 257579, aux T.).

<sup>4</sup> CE, 28 novembre 1986, OPHLM d'Ivry-sur-Seine, n° 42984.

<sup>5</sup> CE, Section, 18 octobre 1974, Confédération nationale des auxiliaires médicaux, n° 88076, au Rec. p. 495 ; CE, 27 avril 1998, CSMF et autres, n° 185644, au Rec.

<sup>6</sup> Cette vérification ne devrait certes pas s'étendre à la régularité de l'habilitation, question qui relèverait d'ailleurs du juge judiciaire (V. pour cette distinction, que vous reprenez en matière de recevabilité du recours pour excès de pouvoir introduit au nom d'une association : CE, 19 juin 2013, SCI Ugari, n° 347346, aux T.). Mais lorsqu'un mandat est assorti d'une condition, le fait de ne pas la respecter équivaut à agir sans mandat. La jurisprudence judiciaire regarde ainsi comme nul l'engagement pris en tant qu'il excède le pouvoir (Cass. 1ère civ., 26 janvier 1999, n° 96-21192, au Bull.).

<sup>7</sup> Un autre raisonnement, plus subjectif (mais aussi plus constructif) aurait pu également fonder une solution d'inopérance en l'espèce. La Cour de cassation juge de manière constante que la nullité d'un contrat en raison de l'absence de pouvoir du mandataire ne peut être demandée que par la partie représentée (Cass. 1ère civ., 2 novembre 2005, n° 02-14614, au Bull. ; Cass. 3ème civ., 7 décembre 2011, n° 10-27092 ; Cass. 1ère civ., 25 mai 1992, n° 90-19969, au Bull.). Dans l'esprit de la jurisprudence D... du 15 mars 2000 (n° 185837, aux T.), on pourrait considérer qu'une organisation non signataire de l'avenant ne peut utilement se prévaloir de ce que l'un de ses signataires a excédé les termes de son mandat. Il serait en effet choquant d'annuler pour ce motif l'arrêté d'approbation d'un avenant qui donne satisfaction à toutes ses parties, y compris à celle dont les conditions d'engagement ont été mises en cause par un tiers. Ce raisonnement ne couvrirait toutefois pas la requête d'un signataire qui chercherait à remettre en cause une clause de l'avenant au motif que son mandataire a excédé son mandat.

Il nous faut rappeler à ce stade que, à partir de 1971, la tarification des actes remboursés par l'assurance maladie a résulté, pour chaque acte, d'une cotation fixée dans une nomenclature arrêtée par le pouvoir réglementaire, et d'un tarif fixé par la convention médicale. De cette dualité, vous déduisiez que les tarifs conventionnels ne pouvaient remettre en cause la valeur respective des actes telle qu'elle ressortait de la nomenclature (CE, 26 juillet 1996, SMAER et CNOM, n° 164714) et même, plus largement, le « mode de calcul des tarifs d'honoraires » défini par le pouvoir réglementaire (CE, Section, 29 mars 2000, Confédération nationale des syndicats dentaires, n° 198264, au Rec.). Concrètement, la nomenclature générale des actes professionnels, la NGAP, affectait à chaque acte une lettre-clé, déterminée en fonction de la nature de l'acte, et un coefficient, calculé en fonction notamment de sa difficulté et de son coût pour le praticien. La convention se bornait en principe à assigner un tarif à chaque lettre-clé, de sorte que la hiérarchie était respectée au sein des actes relevant d'une même lettre clé : un acte coté 3C valait toujours plus qu'un acte coté C. Elle pouvait toutefois comporter des modificateurs dont vous veilliez à ce qu'ils ne bouleversent pas la hiérarchie résultant de la nomenclature.

Cette logique a été reprise dans les textes actuels. Depuis 2004, l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale confie à l'UNCAM le soin de fixer la liste des actes et prestations remboursables – la LAP – et de décider de leur **hiérarchisation**. Cette hiérarchisation doit respecter des règles déterminées par des commissions *ad hoc*, les CHAP, pour commissions de hiérarchisation des actes et prestations, dont les conditions d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans la convention médicale<sup>8</sup>. Il ressort clairement des travaux préparatoires de la loi du 13 août 2004 que cette hiérarchisation devait jouer *mutatis mutandis* le rôle de la « cotation », terme qui figurait d'ailleurs dans le projet de loi initial. Logiquement, vous avez jugé que les tarifs fixés par les partenaires conventionnels devaient respecter cette hiérarchisation, à peine d'incompétence (CE, 30 novembre 2005, SMAER, n° 278291, au Rec.)<sup>9</sup>.

La difficulté tient à ce que cette fameuse hiérarchisation a, d'une certaine manière, été juridiquement escamotée. Pour le comprendre, il faut rappeler que les pouvoirs publics se sont lancés à partir du milieu des années 1990 dans un vaste projet de refonte de la NGAP,

---

<sup>8</sup> V. le 6° de l'article L. 162-14-1 CSS.

<sup>9</sup> On notera que le 2<sup>ème</sup> alinéa du III de l'article R. 162-52 du CSS prévoit que l'UNCAM « définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation établies par les commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7... ». Nous comprenons qu'il s'agit de la primo-fixation du tarif, lors de l'inscription d'un nouvel acte sur la liste, puisque tel est l'objet de ce III. C'est, semble-t-il, en ce sens que l'UNCAM interprète cette disposition (V. pour la fixation du tarif de nouveaux actes la décision de l'UNCAM du 11 février 2010, à propos de la radiothérapie externe). Cette lecture est assez constructive au regard de la loi, mais il faut se souvenir que, dans une première rédaction, l'article 24 de la loi de 2004 sur l'assurance maladie qui a modifié l'article L. 162-1-7 prévoyait que l'UNCAM fixe le tarif des actes et prestations, et l'actuel article L. 162-1-7 indique que « les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française », ce qui semble reconnaître ce pouvoir à l'UNCAM en cas d'inscription d'un acte nouveau. A noter qu'un récent rapport de l'IGF suggère une autre interprétation de l'article R. 162-52 : « L'UNCAM aurait donc également la possibilité de tarifier les actes à condition de respecter les règles de hiérarchisation, c'est-à-dire d'aligner le tarif de l'acte sur le tarif cible. La détermination des tarifs est ainsi partagée entre la compétence des partenaires conventionnels et celle de l'UNCAM mais selon des modalités et une possibilité d'action différentes : pour les partenaires conventionnels, la possibilité de tarifier l'acte se fait sans restriction à condition que l'acte soit inscrit à la CCAM ; pour l'UNCAM, la possibilité de tarifier l'acte est soumise au respect des règles de hiérarchisation ». Il serait opportun de clarifier les textes...

transformée en classification commune des actes médicaux, la CCAM. L'ambition était alors de déterminer, pour chaque acte technique, un score en points travail reflétant fidèlement la durée, la compétence technique et l'effort mental nécessaires à son exécution, et tenant compte du stress induit. Ce « scoring » devait permettre une hiérarchisation rigoureuse des actes au sein d'une même spécialité et entre spécialités. Sur cette base, qui avait vocation à être actualisée en permanence, chaque acte se voyait assigner un tarif-cible, tenant compte également des charges supportées par les professionnels, et calculé de telle sorte que le passage de la NGAP à la CCAM soit neutre financièrement. Inévitablement, certains actes devaient donc être revalorisés par la convention pour atteindre les tarifs cibles, et d'autres, au contraire, devaient subir une diminution tarifaire. C'est précisément à cette hiérarchisation que se réfère l'article L. 162-1-7.

Nous ne vous surprendrons sans doute pas en vous disant que, à ce jour, cette belle horlogerie n'a pas permis de remettre les pendules tarifaires à l'heure<sup>10</sup>. Ce qui est plus étonnant, c'est que le processus de convergence tarifaire s'est amorcé, en quelque sorte, hors sol juridique. Certes, la CCAM existe juridiquement. Elle s'est, pour l'essentiel, substituée à la NGAP à la suite d'une décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 : elle forme désormais le livre II de la liste des actes et prestations, sous les traits d'un magnifique tableau associant un code à chaque acte. Certes, encore, en pratique, chaque acte s'est vu affecter, à la suite de travaux d'experts, un score travail, disponible sur la CCAM en ligne, et les CHAP se sont réunies pour valider les règles de hiérarchisation. Sur ces bases, des tarifs-cibles ont ainsi été calculés en 2005, en concertation avec les professionnels. Et conformément à la convention médicale de janvier 2005 et au protocole d'accord conclu le 25 février 2005, l'avenant n° 2 à la convention, en date du 21 mars 2005, a fixé pour chaque acte de la CCAM un tarif permettant de rapprocher les actes « gagnants » de leur tarif cible et laissant inchangés celui des actes perdants. Mais curieusement, l'UNCAM n'a pas été en mesure de produire une décision par laquelle son collège des directeurs aurait formellement entériné les scores travail et les tarifs cibles et, ainsi, procédé effectivement à la hiérarchisation des actes<sup>11</sup>.

Vous pourriez en déduire que la compétence tarifaire des partenaires conventionnels était paralysée, et que l'ensemble des tarifs conventionnels sont donc illégaux. Cette perspective n'est guère réjouissante. Vous pourriez, à l'extrême opposé, fermer les yeux sur ce grand vide : les textes prescrivent aux partenaires conventionnels de respecter la hiérarchisation des actes ; lorsqu'aucune hiérarchisation n'est intervenue, on ne pourrait leur reprocher de l'avoir méconnue<sup>12</sup>. La solution est expédiente. Mais elle ne nous paraît pas

---

<sup>10</sup> La convergence s'est avérée asymétrique : les actes « gagnants » ont été revalorisés pour les rapprocher des tarifs cibles, alors que le tarif des « actes perdants » a été maintenu au niveau « NGAP ».

<sup>11</sup> Pire : l'avenant n° 8 lui-même prétend, dans une annexe XXV, fixer les tarifs-cibles des actes gagnants à compter de 2015. On peut certes y voir une maladresse de rédaction et la neutraliser en s'appuyant sur la disposition du même article qui prévoit que « la mise en œuvre de certaines mesures prévues au présent article 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 ». Mais il n'en demeure pas moins qu'à la date d'approbation de l'avenant, aucune hiérarchisation n'était intervenue à l'initiative de l'UNCAM et, plus précisément, de son collège des directeurs. Ce dernier est en effet seul compétent pour fixer et modifier la liste prévue à l'article L. 162-1-7, conformément au 1° du II de l'article L. 182-2-4 (CE, 7 avril 2010, CNOM et autres, n° 322962, aux T.).

<sup>12</sup> Pour être tout à fait précis, la LAP comporte quelques règles de hiérarchisation, puisque vous y avez par exemple rattaché celle selon laquelle, lorsque deux actes de radiologie sont accomplis de manière associée, l'acte

tenable. D'une part, elle méconnaît frontalement l'intention du législateur, qui a souhaité que l'ensemble des actes soient hiérarchisés, et elle conduit à passer l'éponge sur une carence de l'un des signataires de la convention. Autrement dit, vous encourageriez l'UNCAM à s'affranchir d'une obligation mise à sa charge par la loi pour se ménager les plus grandes marges de manœuvre à l'égard des organisations de médecins. Vous cautionneriez une construction tarifaire *praeter legem*, fruit de petits arrangements entre partenaires conventionnels. D'autre part, cette solution ferait fi de la réalité vécue par les acteurs. L'UNCAM et le ministre ne contestent nullement l'existence d'une hiérarchisation. Ils se réfèrent aux travaux de « scoring » que nous avons mentionnés et aux décisions des CHAP. L'avenant n° 8 lui-même précise que « *les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de réviser la hiérarchie des actes techniques CCAM (...) d'ici la fin de la présente convention* », ce qui implique bien qu'il y en ait une dans leur esprit. C'est également l'implicite de vos décisions qui se réfèrent à la hiérarchisation des actes (V. par. ex. : CE, 17 mars 2014, SMAER et autres, n° 353154 et a.).

Non sans un certain effort, il nous paraît possible de considérer que la hiérarchisation existe, à travers les décisions des commissions de hiérarchisation des actes et prestations. Certes, le texte de l'article L. 162-1-7 ne permet pas d'admettre que les CHAP puissent elles-mêmes procéder à la hiérarchisation<sup>13</sup>, même si la convention de 2005 qui définit les modalités de fonctionnement de la CHAP des médecins prévoit que celle-ci non seulement définit les règles de hiérarchisation, mais « valide » la hiérarchisation qui en résulte<sup>14</sup> et que le site Internet de l'UNCAM laisse entendre que la hiérarchisation incombe aux CHAP<sup>15</sup> elles-mêmes. Mais il n'est pas hors de portée de juger que l'UNCAM est réputée avoir avalisé la hiérarchisation à laquelle la CHAP a procédé. Sa décision du 11 mars 2005 qui opère le basculement en CCAM, comme toutes celles qui modifient la liste des actes, visent les décisions des CHAP. Et l'article L. 162-1-7 contraint l'UNCAM à « respecter » les règles édictées par ces commissions, et non pas seulement à en tenir compte<sup>16</sup>. Dès lors que ces règles, par leur précision, ne laissent aucune marge à l'UNCAM, on ne peut que présumer la ratification.

La petite aspérité vient de ce que les décisions des CHAP ne sont pas publiées. Mais elles sont élaborées par des représentants de l'UNCAM et des organisations syndicales représentatives, c'est-à-dire par les partenaires conventionnels, réunis au sein des CHAP. Et elles n'intéressent qu'eux, et non des tiers. Il nous semble qu'on peut admettre leur opposabilité, sans qu'il soit besoin d'une publication au Journal officiel. Une telle publication n'est d'ailleurs prévue par l'article L. 162-1-7 que pour les tarifs eux-mêmes.

---

dont le tarif est le plus élevé est tarifé à taux plein, mais le second n'est tarifé qu'au taux de 50 % (CE, 4 février 2011, Fédération nationale des médecins radiologues et autres, n° 327839).

<sup>13</sup> Si le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 162-1-7 recourt à la forme passive (« *la hiérarchisation est établie...* »), le 3<sup>ème</sup> alinéa prévoit que la HAS est consultée lorsque l'UNCAM définit les conditions d'inscription sur la liste, mais que cette consultation n'est pas requise lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation. C'est donc clairement l'UNCAM qui décide de cette hiérarchisation.

<sup>14</sup> Il semble toutefois que telle soit la conception des partenaires conventionnels (V. par ex. l'avenant n° 3 à la convention des chirurgiens-dentistes : « *Les parties signataires s'entendent sur les tarifs correspondant à la hiérarchisation réalisée par les commissions de la hiérarchisation (...)* »).

<sup>15</sup> V. le schéma « Procédure d'inscription d'un acte »

<sup>16</sup> Contrairement à la Commission permanente de la NGAP, qui se bornait à rendre des avis (Art. 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 28 janvier 1986).

Cette solution nous paraît la moins mauvaise, en ce qu'elle sécurise la plupart des tarifs sans ignorer l'intention du législateur. Elle ne permettra toutefois pas de sauver la mesure litigieuse. Il ressort de l'unique décision de la CHAP qui a été produite que, pour les actes de radiologie, « *la hiérarchie des actes reste conforme à celle des tarifs de référence* », c'est-à-dire les tarifs NGAP. Or la baisse à laquelle procède l'avenant n° 8 bouscule la hiérarchie telle qu'elle résultait de la NGAP, faute de baisse corrélative des tarifs des autres actes qui étaient auparavant moins bien rémunérés que nos 4 actes, et qui le seront mieux à l'avenir. Curieusement, l'UNCAM semble avoir « oublié » de faire acter la convergence à la baisse des actes de radiologie par la CHAP des médecins.

Nous vous proposons donc d'annuler l'arrêté dans cette mesure.

Si vous ne nous suiviez pas sur ce point, vous rejetterez la requête. Il n'y a aucune erreur manifeste d'appréciation à avoir procédé à la réduction litigieuse, dès lors qu'il s'agit de converger vers les tarifs cibles, donc de mieux « coller » à la réalité du travail que ces actes requièrent<sup>17</sup>. La mesure litigieuse fait en outre suite à un rapport de la Cour des comptes de 2010 appelant de ses vœux une diminution tant de ces tarifs que du forfait technique, dès lors que le taux horaire des radiologues apparaît « *très élevé, anormalement coûteux pour la collectivité et inéquitable vis-à-vis des autres spécialités* »<sup>18</sup>. Si l'on peut regretter que d'autres actes « perdants » n'aient pas vu leur tarif diminuer, ceci ne nous convainc pas de censurer sur ce terrain la mesure litigieuse, qui atténue le traitement de faveur dont les radiologues ont longtemps profité.

Pas plus que sur celui du principe d'égalité. En ce qui concerne l'égalité entre médecins radiologues, son invocation nous paraît opérante, contrairement à ce qui est soutenu en défense. Certes, la mesure litigieuse s'applique à tous les radiologues et, quoiqu'elle impacte davantage les « spécialistes » de l'imagerie musculo-squelettique, le principe d'égalité n'imposait pas de leur ménager un traitement particulier. Il n'en reste pas moins qu'elle procède à un décrochement de ces actes, dont certains se sont fait une « spécialité », par rapport à d'autres actes d'IRM. Cela étant, les requérants n'apportent aucun élément qui permettraient de caractériser une sous-valorisation manifeste des actes litigieux par rapport à ces autres actes. Et il est logique d'avoir engagé la baisse par priorité sur les actes les plus prescrits, donc ceux qui coûtent le plus à la collectivité et sur lesquels l'effet d'apprentissage des praticiens est le plus important. Et nous ne voyons aucune discrimination entre patients au détriment de ceux qui ont besoin des actes dont la rémunération est baissée. Il n'est, en particulier, nullement établi que la mesure obèrera la capacité d'investissement des radiologues dans des proportions telles que la qualité des soins serait compromise. Au demeurant, celle-ci doit se concilier avec l'objectif de préservation des finances sociales.

Est enfin invoquée une contrariété aux articles 14 de la Convention européenne et de l'article 1<sup>er</sup> de son premier protocole additionnel. Mais en tout état de cause<sup>19</sup>, elle n'est pas

---

<sup>17</sup> Certes, comme l'indiquait l'IGAS, les tarifs cibles calculés en 2005 mériteraient assurément d'être actualisés. Mais l'obsolescence de ceux qui nous intéressent ici ne ressort pas du dossier.

<sup>18</sup> Elle constatait en particulier que le développement des techniques d'imagerie en coupe avait permis des gains de productivité importants, dont il est logique de faire bénéficier les assurés sociaux, plutôt que de les laisser capter par les radiologues, qui sont les spécialistes les mieux payés.

<sup>19</sup> Vous avez réservé l'opérance d'un tel moyen dans votre décision du 17 mars dernier, SMAER et autres, n° 353154, aux T. sur d'autres points.

fondée, pour les mêmes raisons qu'indiquées précédemment. Précisons que les actes en cause représentaient en 2002 moins de 9 % des actes d'IRM remboursés, ce qui conduit à tempérer les craintes exprimées devant vous.

**PCMNC :**

- **à l'admission des interventions ;**
- **à l'annulation de l'arrêté en tant qu'il approuve les articles 7 et 14 de l'avenant n° 8 en ce qu'ils réduisent le tarif des 4 actes de remnographie précités ;**
- **à ce qu'une somme de 3000 euros soit mise à la charge de l'Etat au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;**
  - **et au rejet des conclusions présentées par l'UNCAM à ce titre.**