

La lettre de la FNMR

fnmr.org

## La récession



*Le but de cet éditorial n'est pas de faire un exposé économique, mais d'analyser ce que nous connaissons le mieux, les faits médicaux. L'annulation par la CNAMTS du remboursement de l'archivage est un coup majeur porté au progrès médical et à la prise en charge des patients. Toute la démarche de la FNMR, qui avait anticipé les possibilités de développement futur du DMP, de la télétransmission, à été réduite à néant par cette décision.*

Comment mettre en place ces différents outils, indispensables au suivi et à la qualité des soins, si la base même du fonctionnement informatique qu'est l'archivage n'est pas reconnue ?

En dehors des conséquences économiques que subissent les structures d'imagerie libérale qui ont massivement investi dans ces systèmes onéreux, ce retour de deux ans en arrière porte un coup à la crédibilité des avenants conventionnels. Les médecins radiologues libéraux français ont toujours eu à cœur de se doter des derniers appareils à la pointe de la technologie, non pas par plaisir, mais par culture afin de faire profiter à leurs

patients de ces avancées sources de progrès et de qualité.

Même si la FNMR et ses alliés ont pu obtenir la non récupération des indus, il s'agit là d'un épiphénomène, cette double peine était d'une incohérence juridique et financière caricaturale.

Une fois encore, nous exigeons que les institutionnels comprennent que les médecins radiologues libéraux sont, bien entendu, des médecins, mais également des investisseurs responsables d'entreprises.

Nous réclamons la réouverture de négociations prenant en compte, non seulement l'archivage, mais également la télétransmission des images.

Région sans film, PdS, télé-expertise, transmission des mammographies numériques, DMP, risquent, sans cette reconnaissance financière, de rester de beaux projets sans suite.

Une autre forme de récession est la proposition par le ministre du budget d'un ONDAM à 2 %. Récession effective dans le résultat final puisque l'augmentation logique inhérente au vieillissement de la population et à l'accroissement des ALD est proche de 3 %.

Ainsi, se profile d'une façon insidieuse la diminution de l'offre de soins.

Des possibilités de maîtrise médicalisée existent, la FNMR est toujours prête à en discuter dans le cadre de plans pluriannuels. Pour cela, il faut trouver un interlocuteur responsable désireux de s'engager sur un partenariat efficace et cohérent.

Dr Jacques Niney  
Président

- Archivage :  
Les caisses suppriment l'archivage ..... 02
- Démographie médicale :  
Combien de médecins en 2030 ? ..... 03
- Hommage :  
Disparition du Pr V. Bismuth ..... 09
- Elections Bureaux et administrateurs régionaux  
et départementaux ..... 10
- Dépenses assurance maladie : novembre 2009 ..... 11
- Petites annonces ..... 12
- Annonceur  
PMFR ..... 08

### La FNMR au MEDEC

La FNMR sera présente au MEDEC Palais des Congrès-Porte Maillot  
le 18 mars à 13h30 pour l'atelier :

*“ Les synergies entre le médecin généraliste et le médecin radiologue  
dans la prise en charge du patient ”*





## Les caisses suppriment l'option d'archivage

La caisse nationale d'assurance maladie a décidé, une nouvelle fois unilatéralement, d'une mesure qui affecte la qualité des soins au service des patients. Il s'agit de la décision de suppression de l'option d'archivage.

La caisse s'appuie sur une décision du Conseil d'Etat, rendue le 27 juillet 2009, qui annulait l'arrêté du 10 septembre 2007 « pour autant qu'il approuve les stipulations qui, à l'article 4 de l'avenant 24 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, créent une option conventionnelle dite d'archivage ».

Il appartenait dès lors à l'UNCAM de mettre en place un nouvel accord assurant la pérennité de l'archivage. Ceci était d'autant plus facile que des discussions engagées entre la caisse et les professionnels avaient abouti, dès le début du mois de décembre, à la rédaction d'un protocole d'accord qui n'attendait plus que d'être signé.

Tournant le dos à cette démarche, l'UNCAM, non seulement, supprimait l'archivage mais, de plus, demandait le remboursement des suppléments versés postérieurement à la décision du Conseil d'Etat.

Une nouvelle fois, une décision de l'UNCAM touchant à l'imagerie médicale, ne génère que de l'incompréhension tant elle est contradictoire avec une démarche de qualité des soins. Elle est également incompréhensible dans la mesure où l'ouverture d'une option conventionnelle d'archivage et l'inscription des suppléments d'archivage à la CCAM incitaient, à juste titre, les médecins, radiologues dans leur très grande majorité, à investir dans des systèmes d'archivage onéreux.

La demande de remboursement est, elle aussi, incompréhensible. Les médecins qui ont signé l'option d'archivage ont respecté les conditions inscrites dans le cahier des charges. Ils ont investi, déployé les systèmes sur leur site et entrepris l'archivage des images numérisées dans l'intérêt de leurs patients.

Dès l'annonce de cette décision, la FNMR a vivement réagi. Elle a, notamment, saisi les ministres de la santé et des comptes sociaux mais aussi le Premier Ministre et le Président de la République afin d'attirer leur attention sur

### → DERNIERE MINUTE

#### Pas de récupération d'indus

Lors de la dernière réunion de la commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), du 11 février, la CNAM a annoncé qu'elle ne réclamera pas le remboursement des suppléments d'archivage déjà versés.

Cette décision reconnaît, de fait, que les médecins qui ont signé l'option d'archivage n'étaient en rien responsables de la décision du Conseil d'Etat.

Il n'en reste pas moins qu'il faudra bien mettre en place un nouveau cadre pour l'archivage.

La FNMR est prête à reprendre la discussion immédiatement.

les conséquences négatives pour la qualité et l'organisation des soins de la suppression de l'archivage.

De nombreuses voix se sont exprimées pour manifester leur incompréhension et leur réprobation face à cette décision. Les syndicats polycatégoriels sont également intervenus en soutien de la FNMR pour s'opposer à la demande de récupération des indus.

Lors de la CHAP du 11 février, l'UNCAM a fait savoir qu'elle renonçait à demander le remboursement des forfaits d'archivage. C'est un premier pas. Il lui appartient de rouvrir les négociations pour qu'un nouvel accord sur l'archivage, tenant compte de la décision du Conseil d'Etat, assure le maintien des objectifs poursuivis par la mise en place de l'archivage. ■

# Combien de médecins en 2030 ?

« Y-aura-t-il suffisamment de médecins dans les années à venir ? ». Il est difficile de répondre à cette question, écrivent les auteurs d'une étude de la DREES<sup>1</sup>, dans la mesure où les projections ne permettent pas d'apprécier « ni la situation future de l'offre médicale, ni son adéquation avec la demande de soins future ».

Cependant, et comme l'avait anticipé depuis plusieurs années l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, le nombre de médecins en exercice devrait diminuer jusqu'en 2020 avant de retrouver le niveau du début des années 2000 en 2030. Conséquence de la phase de baisse démographique, d'ici à 2020, la densité médicale se réduira sensiblement.

Sur le long terme, les évolutions démographiques seront marquées par le rajeunissement et la féminisation de la population médicale.

Ces conclusions reposent sur un scénario qualifié de tendanciel. Les auteurs ajoutent que la mise en œuvre d'une unique mesure de régulation (variation du numerus clausus ou recul de l'âge de départ en retraite par exemple) n'aurait pas d'impact prolongé et ne modifierait pas les déséquilibres entre spécialités ou entre les régions.

L'étude de la DREES est prospective et non pas prévisionnelle. C'est-à-dire qu'elle repose sur différentes hypothèses relatives au comportement des acteurs et aux décisions des tutelles. Plusieurs scénarios ont été étudiés. Le scénario dit « tendanciel » repose sur le principe que les comportements seront identiques à ceux observés actuellement et que les tutelles maintiendront leurs choix politiques actuels. Cette hypothèse, soulignent les auteurs, « n'est pas la plus probable ». Différentes variantes sont donc élaborées qui correspondent, chacune, à une hypothèse spécifique par rapport au scénario tendanciel.

La période 2006 à 2030 connaîtrait deux phases. Une première, jusqu'en 2012, serait marquée par une baisse accélérée du nombre de médecins, passant de 208 000 à 188 000, soit une réduction de 9,7%. Dans la seconde phase, les effectifs augmenteraient, de plus en plus vite, pour retrouver quasiment le niveau historique de 2006 avec 206 000 médecins. Au total, le nombre de médecins ne baisserait que de 1% sur la période.

C'est avec beaucoup de prudence que les auteurs projettent les effectifs à l'horizon de 2050 en évaluant le nombre de médecins à 261 000.

Dans l'hypothèse où le numerus clausus serait ramené à 7 000, la baisse du nombre de médecins se prolongerait et le retour au niveau le plus élevé ne surviendrait qu'en 2035.

Le recul de l'âge de départ en retraite (en deux fois deux ans) pourrait permettre de contrer la baisse « programmée » de la première phase. Dans cette hypothèse, le nombre de médecins, en 2030, serait supérieur au scénario tendanciel de 10 000, représentant une hausse de 4% des effectifs sur la période.

## Le scénario tendanciel

Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse de comportements constants.

Les étudiants en médecine auraient ainsi le même comportement en matière de redoublement, d'abandon ou d'absence ou ECN.

Les jeunes médecins auraient le même comportement au moment de l'entrée dans la vie active : choix de la région, mode et zone d'exercice.

Le numerus clausus, fixé à 7 100 en 2007, passerait à 7 300 en 2008, 7 600 en 2009, 7 800 en 2010 et 8 000 de 2011 à 2020. A partir de cette date, il baisserait de 100 unités chaque année pour revenir à 7 000 en 2030.

Le rapport entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats aux ECN serait constant. 53,4% des postes aux ECN seraient ouverts à la médecine générale en 2007 et 55% ensuite. La répartition pour les autres disciplines resterait identique.

<sup>1</sup> Kitty Attal-Joubert & Mélanie Vanderschelden - La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers Solidarité et santé n°12 - 2009 - DREES.

## Les variantes

Par rapport au scénario tendanciel, l'étude a testé 12 variantes.

Pour chacun de ces scénarios alternatifs, une et une seule hypothèse différente est testée. Ces hypothèses portent sur : le numerus clausus (plusieurs cas de figure possibles), la répartition entre médecine générale et autres spécialités aux ECN, leur répartition entre les régions, le choix de la région d'installation pour les seuls généralistes, l'âge de départ à la retraite.

## Moins d'entrées que de sorties jusqu'en 2020

Dans le scénario tendanciel qui repose sur la stabilité des comportements, d'ici à 2020, le nombre de médecins entrant en activité serait inférieur au nombre de médecins cessant leur activité. Ceci est le résultat des numerus clausus fixés il y a plus de dix ans. En effet, les étudiants actuellement en formation appartiennent à des générations qui bénéficient d'un numerus clausus croissant mais inférieur à 8 000. Les générations qui vont cesser leur activités ont été formées à une époque où le numerus clausus était élevé, voir sans numerus clausus.

Une des variantes teste l'hypothèse d'un recul du départ à la retraite de deux ans qui permettrait de réduire le nombre de sorties de la vie active sur les quinze prochaines années.

Les projections doivent aussi tenir compte des cessations temporaires d'activités, environ 1 000 par an. Ces interruptions temporaires touchent plus les femmes que les hommes et plus les généralistes, en raison de la féminisation, que les spécialistes.

## Le numerus clausus : effet de levier à long terme

Les auteurs soulignent que le relèvement du numerus clausus à 7 000 ne produirait ses effets qu'à partir de 2020. Si le numerus clausus était porté rapidement à 8 000 et maintenu à ce niveau au-delà de 2020, la croissance des effectifs atteindrait, en 2060, 283 000 médecins soit 27 000 de plus que dans le scénario tendanciel.

L'évolution du numerus clausus fixé ces dernières années et les projections du scénario tendanciel conduisent à un doublement du nombre d'internes en formation. Actuellement, les promotions comptent environ 5 000 étudiants. A partir des années 2010, les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle seront issus de promotion de 7 000 étudiants ou plus. L'étude souligne que ces internes participant à la prise en charge des patients compenseront, en partie, les pertes d'effectifs durant la phase de recul des effectifs médicaux. Cependant, plusieurs régions ne bénéficieront que

partiellement de cet effet en raison du relativement faible nombre d'internes qu'elles forment (Ile-de-France, PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes).

## Diminution de la densité médicale

La densité médicale dépend du nombre de médecins rapporté à la population. La population française devrait augmenter de 10% d'ici à 2030 et de 14% d'ici à 2050. Ce mouvement combiné à une réduction du nombre de médecins se traduira, dans un premier temps, par une diminution accélérée de la densité médicale jusqu'en 2020 pour atteindre 276 médecins pour 100 000 habitants avant de repartir à la hausse à partir de 2024.

A l'horizon 2050, les projections évaluent la densité médicale à 360 médecins.

Le recours à différentes valeurs des variables (Numerus clausus, âge de départ en retraite) affecterait à la hausse ou à la baisse la densité médicale. Ainsi, le maintien à 7 000 du numerus clausus accélère le mouvement de baisse de la densité médicale. Inversement, le recul du départ en retraite l'amorti.

## Rajeunissement et féminisation

Selon le scénario tendanciel, l'âge moyen des médecins passerait de 48,8 ans en 2006 à 50,2 ans en 2012 puis retomberait à 44,5 ans en 2030.

Actuellement, la tranche d'âge 50 à 59 ans représente 40% de l'effectif médical. Cette tranche d'âge restera au même niveau d'ici à 2015 et celle des plus de 60 ans augmenterait progressivement pour atteindre 20%. De l'autre côté de la pyramide, la tranche d'âge des moins de 45 ans augmentera à partir de 2020. Ce n'est qu'à partir de 2025 que les médecins de moins de 45 ans deviendront majoritaires.

La diminution du numerus clausus entraînerait une baisse du nombre de jeunes médecins. Inversement, le recul de l'âge de départ en retraite augmenterait la proportion de médecins de plus de 60 ans (15% contre 11% dans le scénario tendanciel). La part des femmes dans l'effectif médical est passé d'un quart, dans les années 1980, à 39% actuellement et progresserait régulièrement jusqu'en 2030 pour atteindre 54%.

Aujourd'hui, le taux de féminisation diffère suivant les spécialités de 9% en chirurgie à 70% en médecine du travail. Les femmes sont majoritaires dans six spécialités : médecine du travail, endocrinologie, dermatologie-vénéréologie, pédiatrie, anatomie et cytologie pathologiques et santé publique. D'ici à 2030, d'autres spécialités se féminiseraient en doublant, ou plus, la part des femmes comme en ORL, en chirurgie, en cardiologie, en gastro-entérologie et en médecine interne. En revanche, la féminisation ne toucherait que peu l'anesthésie et la médecine du travail. La part des femmes en ophtalmologie diminuerait de 20%.

Si les femmes deviendraient majoritaires dans la plupart des spécialités, elles resteraient minoritaires dans certaines :



chirurgie (17%), ophtalmologie (33%), cardiologie (37%), anesthésie (40%), ORL (42%), radiologie (48%) et gastro-entérologie (48%).

## Baisse plus marquée pour les spécialités

L'étude de la DREES confirme celle de l'ONDPS et projette une diminution des effectifs de spécialistes plus forte que celle des généralistes.

Le nombre de généralistes devrait diminuer à un rythme de plus en plus rapide jusqu'en 2012 puis à un rythme plus lent. Leur effectif baisserait jusqu'à 96 000 en 2019 soit une perte de 7,5% avant de remonter pour retrouver en 2030 le niveau actuel avec 105 000 médecins contre 104 000 en 2006 soit 0,6% de plus.

La démographie des spécialistes suivrait la même tendance, mais plus accentuée, en diminuant dès 2007 avant de remonter à partir de 2021 seulement. L'effectif le plus bas

serait atteint en 2020 avec 91 000 spécialistes (soit une perte de 11,9% par rapport à 2006). La reprise de la croissance démographique porterait les spécialistes à 101 000 médecins en 2030 contre 104 000 en 2006 soit 2,7% de moins.

Une des conséquences des évolutions démographiques des généralistes et des spécialistes, conjuguées à la hausse de la population française, sera une baisse de la densité des généralistes passant de 163 à 148 pour 100 000 habitants (-9,1%) et une baisse de la densité des spécialistes passant de 163 à 143 pour 100 000 habitants représentant un recul plus marqué de la densité des spécialistes (-12,2%).

## Des évolutions d'effectifs contrastés pour les spécialités

Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse d'une continuité dans la répartition par discipline des postes ouverts et pourvus à l'issue des ECN ainsi qu'entre spécialités médicales et chirurgicales. Les spécialités peuvent être regroupées en trois catégories selon l'évolution de leur effectif (voir tableau 1).

**Tableau 1 : Évolution du nombre de médecins en activité par spécialité de 2006 à 2030, d'après le scénario tendanciel et les variantes 1, 4, 7, 11 et 12 en %**

	Scénario tendanciel	Variante 1	Variante 4	Variante 7	Variante 11	Variante 12
Anesthésie-réanimation	-4,9	-9,6	-11,2	-0,4	-4,8	-4,5
Autres spécialités*	74,8	63,0	60,4	81,3	61,4	74,9
Biologie médicale	-8,6	-12,8	-14,0	0,0	-8,9	-8,9
Cardiologie	-3,7	-8,7	-10,4	1,6	-11,4	-3,6
Chirurgie	39,9	32,0	28,9	45,0	72,1	22,1
Anatomie et cytologie pathologiques	-18,7	-23,0	-24,9	-13,8	-26,2	-19,0
Dermatologie-vénérologie	-32,2	-35,4	-36,4	-28,0	-37,3	-32,4
Endocrinologie	24,1	17,7	15,7	31,2	14,4	24,3
Gastro-entérologie	-12,6	-17,6	-18,6	-7,0	-19,6	-13,2
Médecine générale	0,6	-5,2	7,7	5,9	0,5	0,6
Gynécologie-obstétrique	12,8	6,7	4,7	17,1	-1,8	13,0
Médecine du travail	-61,7	-64,3	-65,3	-58,7	-62,0	-61,9
Médecine interne	-12,2	-17,3	-17,8	-7,9	-19,1	-12,4
Neurologie	47,4	39,9	37,3	55,0	35,9	47,6
Ophtalmologie	-35,5	-39,1	-40,2	-32,0	-21,0	-6,3
ORL	-18,7	-23,1	-24,6	-14,2	-0,1	-6,4
Pédiatrie	19,9	14,0	11,9	24,3	-0,8	20,0
Pneumologie	-19,1	-22,8	-24,5	-13,8	-25,6	-19,6
Psychiatrie	-8,1	-14,3	-15,8	-4,2	-8,3	-8,5
Radiologie	-9,8	-14,4	-15,8	-4,7	-16,7	-9,6
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	-47,1	-49,5	-50,3	-42,2	-50,8	-46,8
Rhumatologie	-29,8	-33,0	-34,1	-24,7	-35,3	-29,6
Santé publique	46,8	35,1	32,4	51,4	47,7	46,5

\* La catégorie « autres spécialités » regroupe la spécialité gynécologie médicale, ainsi que des spécialités médicales de très faible effectif et pour lesquelles la projection s'avérerait impossible : génétique, hématologie, médecine nucléaire, néphrologie, gériatrie médicale, oncologie-hématologie, oncologie médicale.

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

<sup>2</sup> Le tableau 1 indique d'une part l'évolution des effectifs selon le scénario tendanciel et d'autre part les évolutions tenant compte de l'introduction de certaines variables :

Variante 1 : Numerus clausus fixé à 7 100 en 2007, 7 300 en 2008, 7 200 en 2009, 7 100 en 2010 et 7 000 ensuite

Variante 4 : Augmentation jusqu'à 60% en 2011 de la part des postes ouverts en 1ère année d'internat en médecine générale

Variante 7 : report de l'âge du départ à la retraite de 2 ans.

Variante 11 : Augmentation de 7 points de la part des postes ouverts aux ECN pour les spécialités chirurgicales par rapport aux autres spécialités (hors médecine générale)

Variante 12 : Modification de la répartition des diplômes en « spécialités chirurgicales » : 62,4% pour la chirurgie, 24,7% pour l'ophtalmologie, 12,9% pour l'ORL. La part des chirurgiens est réduite de 11 points

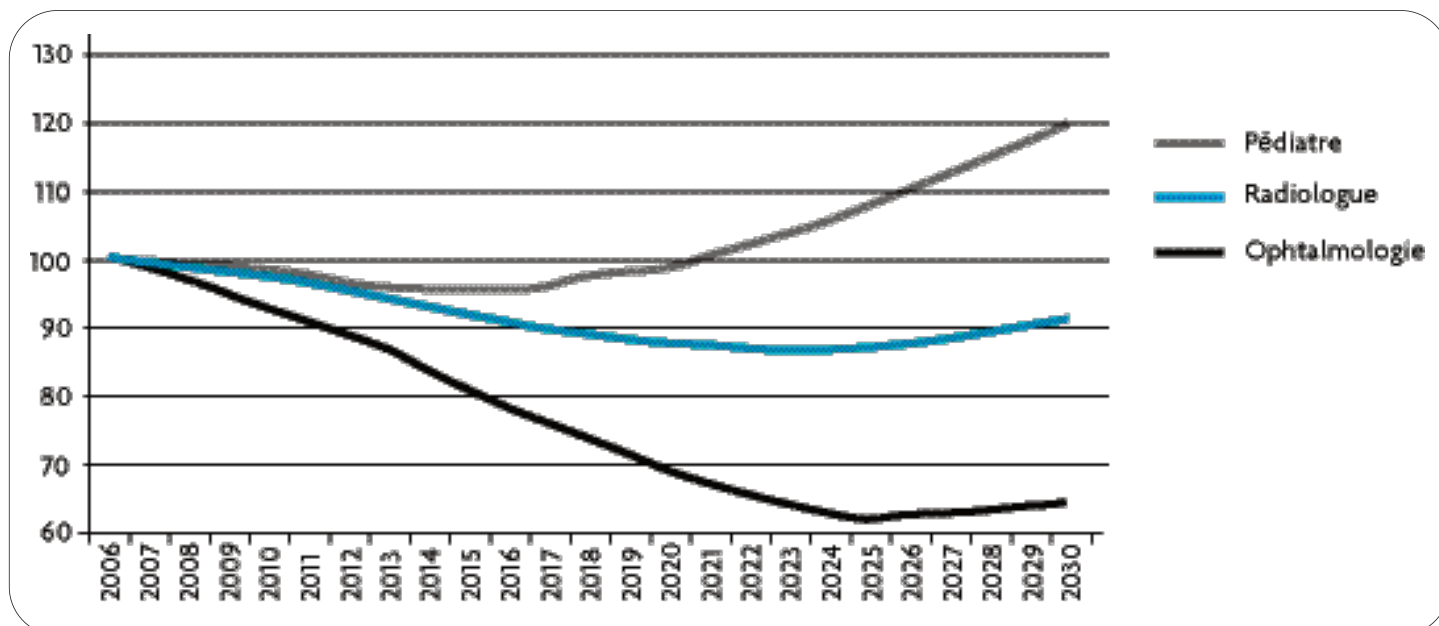
Le premier groupe est composé des spécialités dont l'effectif augmenterait fortement comme la neurologie et la santé publique (47%), la chirurgie (40%),..., la gynécologie-obstétrique (12,8%).

Le deuxième groupe comprend les spécialités dont l'effectif baissera, fortement dans certains cas, comme la médecine du travail (62%), la rééducation fonctionnelle (47%), l'ophtalmologie (35%), ..., la radiologie (-9,8% - voir graphique 1).

Le dernier groupe comprend les spécialités dont l'effectif variera faiblement : la médecine générale (0,6%), l'anesthésie-réanimation (-5%), la cardiologie (-4%).

Les résultats des variantes du tableau 1 indiquent les effets de différentes mesures sur l'évolution des effectifs des spécialités. L'impact de ces mesures diffère selon la spécialité. Sur ce point, les auteurs soulignent la nécessité de rapprocher les effectifs projetés des populations susceptibles d'avoir recours aux différentes spécialités et non pas seulement à la population générale. Ainsi, par exemple, en fonction de l'évolution de la population des moins de 20 ans en France, la densité des pédiatres diminuera légèrement jusqu'en 2016 avant de remonter et d'atteindre, en 2030, un niveau supérieur de 20% à celui de 2006. A l'inverse, la densité des cardiologues par rapport à la population de plus de 60 ans diminuera d'un tiers d'ici à 2030. ■

**Graphique 1 : Évolution en base 100 en 2006 du nombre de médecins en activité pour 3 spécialités de 2006 à 2030 d'après le scénario tendanciel**



## Evolutions régionales

La densité régionale des médecins dépend de l'effectif médical dans une région et de la démographie propre à cette région qui peut être différente de la moyenne nationale. Par ailleurs, l'effectif de médecins, dans une région, peut varier plus fortement que celui de la population régionale en fonction de conditions spécifiques comme par exemple des mesures pour favoriser l'installation des médecins.

## Les effectifs

Les évolutions régionales apparaissent contrastées entre les régions dont l'effectif médical augmentera sur la période, celles pour lesquelles il diminuera et enfin les régions où il sera à peu près stable (voir tableau 2 - page suivante).

D'ici à 2030, l'effectif des médecins diminuera en Corse

(-26,6%), en Ile-de-France (-19,5%), en PACA (-12,8%),... Il augmentera en Bretagne (25,2%), en Poitou-Charentes (26%), dans les Pays de Loire (21,5%). Enfin il sera plus ou moins stable en Picardie (-0,8%), en Champagne-Ardenne (-0,3%), en Limousin (0%), en Haute-Normandie (1,2%), dans le Nord-Pas-de-Calais (-1%).

## La densité régionale

La densité régionale dépendra, évidemment, de l'évolution de la démographie régionale médicale mais aussi de la population dans chaque région.

Les fortes baisses de densité médicale, comme en Ile-de-France ou dans le Languedoc-Roussillon ou encore en Midi-Pyrénées, seraient le résultat de mouvements croisés entre la hausse de la population régionale et la baisse du nombre de médecins.

**Tableau 2 : Nombre et densité de médecins en activité par région en 2006 et en 2030 d'après le scénario tendanciel et les variantes 1, 5, 5 endogène 3, 6, 7 et 13**

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Évolution (en%) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030 - Scénario tendanciel	en 2006	en 2030 - Scénario tendanciel	du nombre de médecins - Scénario tendanciel	de la population	de la densité - Scénario tendanciel
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles - Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse-Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Île-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-Pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord - Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
PACA	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
TOM*	1 244	1 640			31,8		

\* Les projections de population ne sont pas disponibles pour les TOM, pour lesquels les densités ne peuvent donc pas être calculées.

Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Cependant, les projections indiquent qu'une forte hausse de la population dans certaines régions ne se traduira pas automatiquement par une baisse de la densité médicale dans le cas où le nombre de médecins augmente plus fortement. Ainsi, la population en Bretagne augmenterait de 12,9% mais la population médicale augmenterait, elle, de 25% d'où une hausse de la densité médicale. Inversement, dans des régions où la population baisse, la densité médicale peut diminuer en raison de la baisse plus forte des effectifs de médecins. C'est le cas de la Bourgogne dont la densité de médecins baisserait de 10% en raison d'une diminution du nombre de médecins plus forte que celle de la population (- 0,9%).

## Les inégalités régionales

Une des conclusions remarquables de l'étude de la DREES est que les inégalités régionales actuelles en matière de densité médicale continueraient, dans un premier temps, à se réduire avant de se modifier par rapport à la situation actuelle. Ainsi, des régions bien dotées en médecins comme l'Île de France ou PACA verraient leur densité médicale baisser alors que des

régions sous-dotées aujourd'hui la verraient augmenter comme en Bretagne ou en Franche-Comté.

## Les médecins installés près des CHU

Une autre conclusion intéressante est le mouvement de concentration des médecins dans les pôles urbains dotés d'un CHU.

En 2006, selon le scénario tendanciel, 54% des médecins en France métropolitaine (hors Corse) exerçaient dans des pôles urbains équipés d'un CHU. Ils seraient 58,2% en 2030. Les effectifs baisseraient (et donc les pourcentages) dans toutes les autres zones géographiques (voir tableau 3 - page suivante).

Ces résultats seraient le fruit d'un mouvement d'entrée plus important que les sorties dans les zones urbaines équipées d'un CHU dès 2015. Dans les autres zones, alors que les mouvements de sortie sont comparables, les entrées ne compenseraient les départs qu'en fin de période.

Les généralistes diminueraient en nombre dans toutes les zones géographiques sauf dans les pôles urbains sans CHU

**Tableau 3 : Médecins par zone d'exercice en 2006 et en 2030**

	Nombre de médecins 2006	Médecins en % 2006	Nombre de médecins 2030	Médecins en % 2030
Pôle urbain avec CHU	109 151	54,3	115 145	58,2
Pôle urbain sans CHU	62 392	31,0	58 530	29,6
Communauté monopolarisée (couronne périurbaine) ou commune multipolarisée	14 062	7,0	12 588	6,4
Espace à dominante rurale	15 583	7,7	11 667	5,9

où ils augmenteraient de 15%. L'effectif des spécialistes augmenterait fortement dans les pôles urbains avec CHU (12%) et diminuerait dans toutes les autres zones (- 51% dans les zones rurales).

En conclusion, les auteurs rappellent que le nombre de médecins et leur densité doit être appréciée au regard de la population et des besoins de santé qui s'exprimeront en 2030 et seront, pour partie, fonction du vieillissement de la population, de la prévalence des pathologies, de l'évolution des techniques médicales mais aussi de l'organisation de l'offre de soins.

Il faut également tenir compte de variables qui n'ont pas été intégrées dans l'étude comme l'évolution du temps de travail des médecins ou du contenu de leur activité. ■

Wilfrid Vincent



- Pochettes pour Radiographies
- Chemises pour Echographes
- Chemises porte CD (Scanner/IRM)
- Sacs Plastique Personnalisés
- Sachets Plastique Transparent

*et aussi...*

Cavaliers - Papier en-tête  
Cartes de rendez-vous  
Cahiers de rendez-vous ...

**LIVRAISON IMMÉDIATE** - *Produits standards*  
**LIVRAISON SOUS 10 JOURS** - *Produits personnalisés*

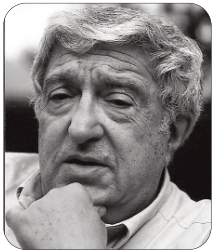
**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE**

PMFr - Génébault - B.P. 13 - 42153 RIORGES

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : [pmfr@wanadoo.fr](mailto:pmfr@wanadoo.fr)



# Disparition du Pr Victor Bismuth : la SFR et les JFR en deuil



Pr Victor Bismuth

**Victor Bismuth est décédé à Paris le 20 décembre 2009. Interne des Hôpitaux de Paris, il en fut un des premiers à s'orienter vers la radiologie. Considérée à l'époque comme une spécialité technique, Victor Bismuth fut un de ceux qui la transforma en spécialité clinique.**

De formation généraliste au départ, il s'employa très activement à mettre au profit de la cancérologie des techniques considérées alors comme émergentes, telles que la mammographie et la lymphographie. A l'affût des innovations technologiques, il perçut très rapidement l'importance qu'allait prendre l'informatique dans notre discipline. Son service fut un des premiers de France à être équipé en angiographie numérisée, comme son équipe fut également une des premières à pratiquer la scannographie sur un des rares appareils existant à l'époque à l'hôpital Saint-Louis. Toute sa carrière fut ainsi scandée par l'appropriation de nouvelles techniques d'investigation pour une meilleure prise en charge clinique des patients : l'intégration de la radiologie dans la clinique fut ainsi son apport essentiel. Ceux qui l'ont connu et qui ont eu la chance et l'honneur de figurer parmi ses élèves savent quel prix il attachait à cette démarche clinique : son école est considérée aujourd'hui comme une des plus importantes de notre pays et de la francophonie.

Ce grand médecin fut aussi un grand universitaire : Victor Bismuth consacra une grande partie de sa carrière à l'enseignement. Il fut l'initiateur puis l'organisateur pendant près de vingt ans des séances d'enseignement des Journées Françaises de Radiologie. Elles avaient pour vocation de transférer aux radiologues en formation ou en exercice provenant de toute la Francophonie, l'ensemble des évolutions technologiques et cliniques dont notre discipline fut l'objet. Ces enseignements donnèrent lieu à des publications toujours très recherchées ; en effet, c'est sous sa direction que se

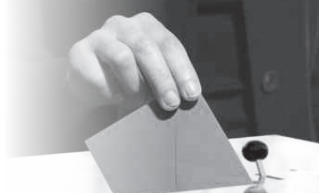
développèrent les cahiers de FMC du Journal de Radiologie, ainsi que le Syballus annuel des Journées Françaises de Radiologie. Les séances d'enseignement des Journées Françaises de Radiologie contribuent aujourd'hui pour une très large part au succès de ce congrès : nous le devons à l'œuvre fondatrice de Victor Bismuth. Tout comme le CERF, qui vient de fêter ses quarante ans, doit sa création à Victor Bismuth, cofondateur avec d'autres collègues visionnaires, de cette structure universitaire novatrice.

Ses élèves ont toujours parlé de lui avec respect mais aussi avec un grand attachement. Car derrière le grand médecin qu'il était, se cachait un homme d'une exceptionnelle humanité. Sensible et discret, il était cependant toujours prêt à manier l'humour voir l'ironie, sans jamais cependant blesser. D'une immense culture musicale, il n'en abusait pas avec ceux qui ne la partageait pas, car il était tout à fait capable de se situer avec la même hauteur sur d'autres registres : littérature, arts plastiques ou philosophie.

Victor Bismuth a occupé de nombreuses fonctions officielles dans notre spécialité, et a été honoré tant en France qu'à l'étranger pour l'ensemble de son œuvre. Par delà ses élèves qui savent qu'ils doivent à cet homme visionnaire d'être ce qu'ils sont aujourd'hui, c'est toute la radiologie française qui doit aujourd'hui témoigner sa reconnaissance à Victor Bismuth. Fils de radiologue, il laisse un gendre et un neveu radiologues tous deux de grand renom.

Chateaubriand a écrit une phrase qui s'applique parfaitement à Victor Bismuth : « *les vivants ne peuvent rien apprendre aux morts, les morts, au contraire, instruisent les vivants* ».

**Pr. Guy Frija**



# FNMR : Renouvellement des Bureaux et des administrateurs dans les régions et les départements

Plusieurs Bureaux viennent d'être renouvelés dans les unions régionales et les départements.

## Union Régionale d'ALSACE - administrateurs FNMR

A procédé au renouvellement de ses administrateurs auprès de la FNMR le 20 janvier 2010 :

Titulaires :	Dr Mercedes HALLER (Ingwiller) Dr Denis PRACTH (Illzach) Dr Bernard WOERLY (Strasbourg)
Suppléant :	Dr Florence ORTEU TOMASINELLI (Strasbourg) Dr Jérémy VILLEVAL (Strasbourg)

## Union Régionale d'ALSACE

Suite à l'assemblée générale du syndicat du 20 janvier 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président d'Honneur :	Dr Roger WAHL (Strasbourg)
Président :	Dr Denis PRACTH (Illzach)
Vice-Président :	Dr Bernard WOERLY (Strasbourg)
Secrétaires :	Dr Mercedes HALLER (Ingwiller) Dr Florence ORTEU TOMASINELLI (Strasbourg)
Trésorière :	Dr Mercedes HALLER (Ingwiller)
Trésorière adjointe :	Dr Florence ORTEU TOMASINELLI (Strasbourg)
Membres :	Dr Thierry BECKER (Mulhouse) Dr Jean-Philippe KLEINCLAUS (Strasbourg) Dr Claude SCHAAL (Schiltigheim)

## Syndicat du BAS RHIN

Suite à l'assemblée générale du syndicat du 20 janvier 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président d'Honneur :	Dr Roger WAHL (Strasbourg)
Président :	Dr Bernard WOERLY (Strasbourg)
Vice-Président :	Dr Guillaume ARNOULT (Haguenau)
Secrétaires :	Dr Mercedes HALLER (Ingwiller) Dr Florence ORTEU TOMASINELLI (Strasbourg)
Trésorière :	Dr Mercedes HALLER (Ingwiller)
Membres :	Dr Michel BARTH (Haguenau) Dr Christine GAYER LINGUENHELD (Obernai) Dr Jean-Philippe KLEINCLAUS (Strasbourg) Dr Claude SCHAAL (Schiltigheim) Dr Jérémy VILLEVAL (Strasbourg)

## Union Régionale du CENTRE - administrateurs FNMR

A procédé à la modification de ses administrateurs auprès de la FNMR le 20 janvier 2010 :

Titulaires :	Dr Eric MADEUF (Montargis) Dr Patrick PETIT (Chartres) Dr Bernard SORIN (Tours)
Suppléants :	Dr Pascal ARAKELIAN (Montargis) Dr Philippe MOYSAN (Saint Doulchard) Dr Didier STROHL (Selles sur Cher)

## Syndicat des PYRENEES ATLANTIQUE - BEARN

Suite à l'assemblée générale du syndicat du 16 décembre 2009, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Dominique MASSEYS (Pau)
Vice-Président et Secrétaire :	Dr Philippe LAFOURCADE (Mourenx)
Trésorier :	Dr Christophe NOMBLLOT (Oloron Sainte Marie)
Membre :	Dr Roger CANTET (Pau)

## Syndicat du VAL DE MARNE

Suite à l'assemblée générale du syndicat du 11 février 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Jacques BRETON (Maisons Alfort)
1er Vice-Président :	Dr René PAUTOT (Sucy en Brie)
Vice-Présidents :	Dr Alain DJEN (Joinville le Pont)
	Dr Christian HUBER (Ormesson sur Marne)
	Dr Evelyne MAURY (Nogent sur Marne)
Secrétaire :	Dr Marie Noëlle DUCERVEAU (Villiers sur Marne)
Trésorière :	Dr Marianne BERR MATTEI (Saint Maur des Fossés)
Trésorière adjointe :	Dr Claire RULL ELBAZ (Bry sur Marne)

## Syndicat du VAL D'OISE

Suite aux élections du syndicat du 4 février 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Robert LAVAYSSIERE (Sarcelles)
Vice-Président :	Dr Pierre BHAUSAR (Osny)
Secrétaire :	Dr Dominique NGUYEN (Deuil la Barre)
Trésorière :	Dr Evelyne DUPARLOIR (Bezons)



## Statistiques

## Les dépenses de l'assurance maladie : novembre 2009

Le mois d'octobre est marqué par une nette remontée de l'ONDAM à 4,1% après les 3,7% d'octobre.

Les trois grands agrégats qui composent l'ONDAM enregistrent, eux-aussi, une croissance plus ou moins forte selon l'agrégat.

Ce sont les dépenses de soins de ville qui enregistrent la plus forte hausse à 2,7% contre 2% le mois précédent. Tous les grands postes de cet agrégat suivent exactement la même tendance avec 0,7 point de hausse. Les différentes composantes des honoraires privés font de même, actes techniques et forfaits scanner IRM inclus.

La hausse est plus modérée pour les versements aux établissements de santé (+0,2 point) et aux établissements médico-sociaux (+0,2 point).

Au sein de l'agrégat des versements aux établissements de santé, les principales composantes connaissent le même taux de croissance que l'agrégat à l'exception du total de l'OQN et autres versements du secteur privé dont le taux en novembre (8,4%) est inférieur à celui d'octobre (9,6%).

Les postes de l'agrégat des versements aux établissements médico-sociaux suivent la même évolution que celle de l'agrégat.

Dépenses de l'assurance maladie - novembre 2009  
(Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Milliers d'euros	%
Consultations	5 319 219	0,1%
Visites	762 638	-0,7%
Actes Techniques (*)	5 344 839	2,8%
Forfaits scanner et IRM	512 830	13,1%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	14 750 985	1,7%
Total prescriptions	27 816 889	2,2%
<b>Total soins de ville</b>	<b>53 127 125</b>	<b>2,7%</b>
Total Objectif de dépenses méd chir obst (ODMCO)	32 880 783	3,9%
Total dotations annuelles de financement des MIGAC	5 573 695	15,4%
Total dotations annuelles de financement et autres versements du secteur public	11 735 092	-0,2%
Total OQN et autres versements du secteur privé	1 835 783	8,4%
<b>Total versements aux établissements de santé publics et privés</b>	<b>52 025 354</b>	<b>4,2%</b>
<b>Total versements aux établissements médico-sociaux</b>	<b>11 550 284</b>	<b>11,0%</b>
<b>Total ONDAM</b>	<b>116 702 763</b>	<b>4,1%</b>

(\*) Les actes en K, KE, Z, ZN, PRA, KC et forfaits chirurgicaux sont regroupés dans un seul agrégat : " Actes techniques "



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**9603 06** NICE, centre ville, cause retraite cède parts dans assoc 3 radiols. Radio gen num, mammo num, écho, doppler, ostéo, dentaire, scan et IRM. Conditions de cession très intéressantes. Emploi du temps accordant du temps libre. Convierait à un médecin proche retraite ou temps partiel.  
 > Tel : 04.93.80.29.81 / 06.22.08.52.83.  
 Email : jeloit@yahoo.fr

**9604 13** SAINT REMY DE PROVENCE / CHATEAURENARD, cause départ retraite ch associé(e). Plateau complet et récent. Accès scan et IRM. Expansion possible. 4 praticiens tps plein. 4 jours /semaine.  
 > Tel : 06.13.02.38.03.  
 Email: radiologiechateauronard@wanadoo.fr

**9605 22** Ch successeur pour cab privé sans garde. Accès TDM et IRM. Convierait à 2 radiols.  
 > Email : cabinetbr@yahoo.fr

**9606 27** Urgent SELARL ch associé ou remplaçant 2 clin, 2 TDM, IRM, Pacs, mammo num. Conditions intéressantes.  
 > Tel : 06.13.28.65.18 ou  
 jv.courtel@wanadoo.fr

**9607 29** DOUARNENEZ, cause retraite ch successeur dans SEL 3 associés. Locaux neufs. Radio conv, numérisée. TDM (2 sites) + IRM.  
 > Tel : 02.98.92.32.43.

**9608 31** Périphérie TOULOUSE, cab de proximité ch associé(e). Activité libérale et accès hospitaliers pour scanner et IRM.  
 > Tel : 06.08.37.79.68.

**9609 33** Sud Ouest, ville universitaire, centre médical dynamique ch radiol. Envoyez votre candidature au journal qui transmettra.

**9610 56** Urgent. SEL et clin neuve ch 1 radiol GIE IRM. Toutes activités radio-échographiques. Fort potentiel.  
 > Tel : 02.99.83.90.02.  
 Email : medical@activa-conseil.net

**9611 56** HENNEBONT, cause retraite ch successeur dans assoc 3 radiols, cab de ville. Radio conv (num capteurs plan), mammo, écho, TDM, IRM.  
 > Tel : 02.97.36.25.11.

**9612 60** Cab radio à céder. Bon matériel. Accès scan et IRM. Avec ou sans les murs. Logement possible.  
 > Tel : 06.74.94.11.92.

**9613 62** LENS, cause cessation d'activité fin 2009 cède parts SELARL

Imagerie (6 radiols, 3 cabs et GIE TDM IRM).

> Tel : 06.73.40.31.86.

Email : jcbaudrillard62@aol.com

**9614 67** STRASBOURG, cab radio-écho accès IRM scan, forte activité : à céder à des conditions très attractives.

> Contacter :

Me CIRILLI au 03.88.76.61.61.

Email : d.cirilli@gsa-avocats.com

**9615 78** Proximité PARIS, cause retraite cède cab radio, équipement, bonne potentialité, parts scan, accès IRM.

> Tel : 06.24.66.66.13.

**9616 83** Littoral varois. Cède parts dans SCM de 8 associés exerçant sur 3 cabs et 2 clin. Large accès scan et IRM. Activité polyvalente.

> Email : robert.dagan@sfr.fr

**9617** – LIBYE, grand hôpital nouvellement construit souhaite recruter 1 chef de service en radiologie. 1 IRM, 1 scan et radio conv.

> Contact Carine FALLUEL-MOREL :

Tel : 01.55.04.88.33.

Fax : 01.42.60.02.27.

Email : falluel@eurosearch-associes.com

Le Médecin  
Radiologue  
de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY  
 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  
 62, bd de Latour - Maubourg 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY  
 Responsable de la Régie Publicitaire : Dr Saranda HABER  
 Conception maquette : Sylvie FONTLUPT  
 Maquettiste : Marc LE BIHAN  
 Photos : © benjamin py - Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex  
 Dépôt légal 1<sup>er</sup> trimestre 2010

Une enveloppe timbrée est exigée  
 pour toute réponse à une petite annonce,  
 ceci pour la réexpédition au destinataire. Merci