

Le
Médecin
Radiologue
de France

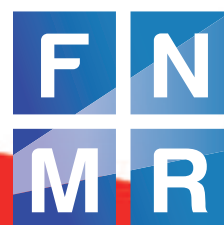
AVRIL # 346
2012

Le journal de la FNMR

fnmr.org

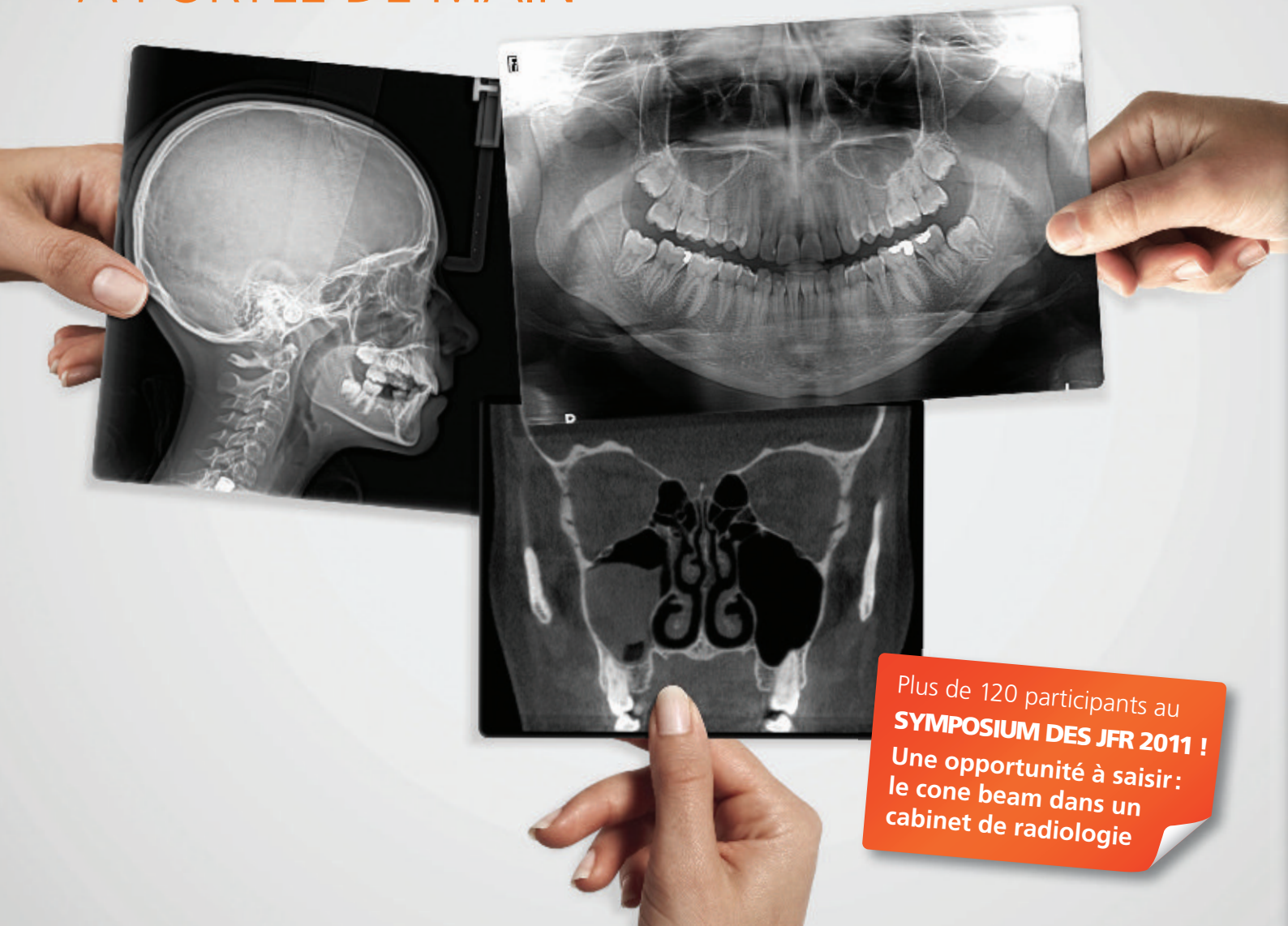
**ELECTION
PRESIDENTIELLE**

Dossier du mois



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

TOUTE L'IMAGERIE ORL ET DENTAIRE À PORTÉE DE MAIN



Plus de 120 participants au
SYMPOSIUM DES JFR 2011 !
Une opportunité à saisir :
le cone beam dans un
cabinet de radiologie

Nouveau cone beam CS 9300 : La solution « tout-en-un » abordable pour des examens à faibles doses

Exploration des sinus et des oreilles, imagerie maxillofaciale, examens dentaires... quelle que soit l'indication, le nouveau CS 9300 produit des images de haute qualité et à faibles doses. Incroyablement complet et abordable, il offre un vaste choix de champs et de résolutions, et permet notamment la visualisation des structures fines de l'oreille moyenne interne. Avec la céphalométrie "one-shot" en option et le service d'une société reconnue, c'est la solution idéale pour vos examens ORL et dentaires.

Souhaitez-vous en savoir davantage ? Demandez vite une démonstration sur les nouveaux équipements cone beam au 01 64 80 82 02.



© Carestream Health, Inc., 2011.

Champs d'examen de
5 cm x 5 cm à 17 cm x 13,5 cm



HPST, synonyme d'inégalité (s) ?

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) qui vient de loin, en partie du plan Juppé, est-elle en train de dérapier vers une certaine forme d'**H**ypocrisie, de **P**artisanisme, de **S**ecret et de **T**ergiversations ?

La transformation des Agences Régionales de l'Hospitalisation en Agences Régionales de Santé regroupant différents organismes, jusque-là séparés voire relativement indépendants, peuvent faire craindre l'éclosion de monstres régionaux sans contre-pouvoir. Les quelques années de fonctionnement ne font que confirmer l'inquiétude devant le développement d'administrations toutes puissantes jouissant d'un droit régalien.

Sous couvert de démocratie sanitaire, les consultations organisées sont des simulacres alors que les décisions sont déjà prises et en toute obscurité.

L'instruction des dossiers est faite à charge dans un seul but, dépenser le moins possible sans aucune rationalité alors que la France est la championne du sous-équipement.

Ce constat ne s'applique pas qu'à l'imagerie et les remontées dans d'autres domaines font état des mêmes comportements.

Tout aussi grave, des inégalités régionales se développent comme le montrent deux exemples,

celui de la PdS (Permanence des Soins) et celui des équipements lourds. Les ARS mènent une politique locale inégalitaire.

Dans certaines régions, la PDS assurée par les médecins radiologues, en première ligne dans de nombreux cas « d'urgence », est non seulement reconnue et honorée alors que dans d'autres, elle n'est pas reconnue pour surtout ne pas être honorée !

Les équipements lourds attendent les réflexions sur le SROS IV. Certaines régions peuvent attendre longtemps car rien ne bouge, certaines ARS ayant décidé de bloquer indéfiniment les autorisations. Dans d'autres régions, une politique dynamique de gestion des équipements a été mise en place avec l'aide de la profession.

A l'heure où l'INCa annonce un délai moyen de 27 jours pour un rendez-vous d'IRM en cancérologie, le patient citoyen aurait sans doute intérêt à rechercher les responsabilités de ces dysfonctionnements et à poser des questions. L'incohérence du discours politique national devrait inciter ces mêmes citoyens à interroger plus précisément les politiques sur la réalité de leurs programmes.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 346

■ Présidentielle 2012	04
Lettre de la FNMR aux candidats	05
Questions aux candidats	06
Quelques données clefs de l'imagerie médicale	07
Réponse des candidats	10
Comparaison des programmes santé des candidats à l'élection présidentielle 2012	18
■ Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010	28
■ Vie fédérale	34

■ Convention médicale : Avenant n° 4	35
■ Petites annonces	38

Annonces

BRACCO	19
CARESTREAM	02
CMPS	40
FORCOMED	36 - 37
FUJIFILM	08
GUERBET	13
PMFR	39
UNIPREVOYANCE	25





La FNMR interroge les candidats



Nathalie Arthaud



François Bayrou



Jacques Cheminade



Nicolas Dupont-Aignan



François Hollande



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues



Eva Joly



Marine Le Pen



Jean-Luc Mélenchon



Philippe Poutou



Nicolas Sarkozy

Comme à chaque élection présidentielle, la FNMR, par la plume de son président, Jacques Niney, s'est adressée à tous les candidats officiellement enregistrés par le Conseil constitutionnel, pour connaître leurs orientations en ce qui concerne l'imagerie médicale.

Notre demande était accompagnée d'un questionnaire. Nous avons joint un dossier synthétique sur l'imagerie en France afin de souligner certaines des difficultés mais aussi des points forts de notre spécialité.

Nous publions les réponses des candidats, par ordre alphabétique, telles qu'elles nous sont parvenues au moment de la publication. Conformément à sa tradition, la Fédération respecte, et continuera à respecter, une stricte neutralité politique.

Nous observons que lors de l'élection présidentielle de 2002, tous les candidats nous avaient répondu. Ce n'était pas le cas en 2007, reflet d'une campagne qui n'avait pratiquement pas porté sur les questions de santé. A l'heure où nous mettons sous presse, la campagne de 2012 s'est peu focalisée sur la santé. Ainsi, tous les candidats ne nous ont pas répondu. Est-ce un manque d'intérêt pour notre spécialité ?

Pour sa part, la Fédération, quel que soit le résultat de l'élection présidentielle et des législatives qui suivront, sera un partenaire constructif pour les pouvoirs publics. Mais elle sera aussi un défenseur acharné de la profession et de la spécialité, si importante dans le parcours de soins des patients. ■



Madame la candidate,
Monsieur le candidat,

L'imagerie médicale est au cœur du parcours de soins des patients. Elle permet un diagnostic plus précis, plus rapide et favorise une meilleure orientation du patient, une intervention thérapeutique plus précoce, donc plus efficace et à un moindre coût pour la collectivité. Un Français sur deux a, en 2011, été suivi par un médecin radiologue. Dans les services d'urgence, publics ou privés, plus de 50% des patients bénéficient d'un examen d'imagerie qui leur permet d'orienter le patient vers les meilleurs soins. L'imagerie contribue aussi à la thérapeutique avec l'imagerie interventionnelle qui permet d'éviter certaines interventions chirurgicales. L'imagerie médicale participe aussi activement à la prévention par le dépistage du cancer du sein (assuré à 90% par les cabinets libéraux), de la maladie d'Alzheimer et le dépistage prénatal.

En France, l'imagerie est assurée par 7394 médecins radiologues dont 5128 libéraux pratiquent tous en secteur 1 (86%).

L'hôpital et les cabinets libéraux sont tous deux affectés par :

- la baisse démographique. L'Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé projette que la population des radiologues ne sera plus que 6030 médecins en 2030,
- l'insuffisance d'équipements d'imagerie en coupe. En IRM, la France se situe parmi les derniers pays de la zone OCDE. Notre pays ne dispose que de 7 IRM par million d'habitants, la Turquie en a 9, l'Allemagne 21, les Etats-Unis 26 et le Japon 43. Ce manque d'équipement se traduit par des délais de rendez-vous en IRM qui s'allongent. Ils sont variables de 15 à 45 jours selon les régions.

L'imagerie médicale représente environ 3 milliards d'euros. En dépit de son rôle central dans le parcours de soins, elle a fait l'objet, en moins de 5 ans, d'une série de mesures d'économies représentant plus d'un demi-milliard d'euros.

Ces mesures ont eu plusieurs conséquences :

- la fermeture de services et de cabinets de proximité, mettant à mal le maillage territorial avec les conséquences indirectes que sont les pertes d'emplois (les radiologues emploient 40.000 personnes),
- l'arrêt des investissements en nouveaux matériels d'imagerie (en particulier scanner et IRM) entraînant de fortes baisses d'activité et des restructurations chez les fabricants d'équipement.

Plusieurs défis sont à relever au cours des prochaines années.

Le développement de l'imagerie en coupe est un impératif pour répondre aux exigences médicales d'indications d'examen et au développement d'un certain nombre de pathologies (comme les cancers) particulièrement suivies par les techniques de scanner et d'IRM.

Le maintien d'un maillage territorial est primordial pour une imagerie de proximité de qualité. Ce maillage doit assurer la radiologie de première intention, qui ne peut pas être le fait des grands plateaux techniques, mais aussi les dépistages anténataux et du cancer du sein qui sont des exemples de cette proximité indispensable.

Le développement des coopérations public-privé doit se faire à travers un projet professionnel médical commun (avec les Pôles d'Organisation Sectorielle d'Imagerie Médicale - POSIM) et le déploiement de la téléimagerie. Ces coopérations ont pour objet de faire face à la baisse des effectifs de médecins radiologues et à l'insuffisance des équipements. Elles permettent aussi de prendre en charge le patient dont le parcours est conduit du secteur public au secteur libéral et inversement.

Ces considérations nous amènent à vous interroger sur plusieurs points d'importance (voir questionnaire joint) pour l'avenir de l'imagerie médicale, les médecins radiologues et, au-delà, leurs patients. Vos réponses seront publiées dans le numéro spécial de la Revue du Médecin Radiologue, éditée par notre Fédération.

En vous remerciant de l'intérêt que vous voulez bien porter à ces questions,



Election présidentielle 2012

Questions relatives à l'imagerie médicale

► L'accès au progrès médical

La France a un retard considérable dans l'équipement en imagerie en coupe (scanner et tout particulièrement IRM). Notre pays se situe, ainsi, parmi les derniers de toute la zone OCDE.

Ces techniques sont devenues courantes dans les autres pays en raison de leur puissance diagnostique. De plus, l'IRM permet de réaliser des examens sans rayonnement X. La France peut-elle se fixer un objectif quantifié de rattrapage d'équipements durant la prochaine mandature ?

► L'imagerie de première intention

A côté des grands plateaux techniques, l'imagerie médicale de première intention doit rester assurée par un maillage territorial des cabinets d'imagerie. Les mesures financières prises sur l'imagerie médicale ont conduit à la fermeture de nombreux cabinets ces trois dernières années, tandis que la pression financière conduit des hôpitaux à réduire, voire à fermer leur service d'imagerie.

Etes-vous favorable au maintien d'un maillage territorial en imagerie ?

► Un plan pluriannuel d'imagerie

Les cabinets et les services d'imagerie médicale supposent des investissements très importants financièrement. Une simple table radiologique télécommandée vaut autour de 100.000 euros. Le prix d'un scanner est de l'ordre de 400.000 à 700.000 euros, celui d'une IRM de 1 à 1,3 million.

De tels investissements, à l'évidence, nécessitent une visibilité à moyen terme.

C'est pourquoi la FNMR souhaite que soient développés, en partenariat, des plans pluriannuels d'imagerie qui permettraient de fixer des objectifs quantifiés en matière d'équipement. Ces plans pourraient assurer une stabilité des tarifs ou prévoir leurs évolutions. Ils pourraient également intégrer les objectifs en matière réglementaire et de qualité.

Un premier plan, pour une durée de 2 ans seulement, et portant à la fois sur des mesures ciblées d'économies et de revalorisations a été signé en 2010 entre la FNMR et l'UNCAM.

Etes-vous favorable à la signature de plans pluriannuels d'imagerie portant sur l'ensemble des questions relatives à cette spécialité ?

► Le déploiement de la télé-médecine

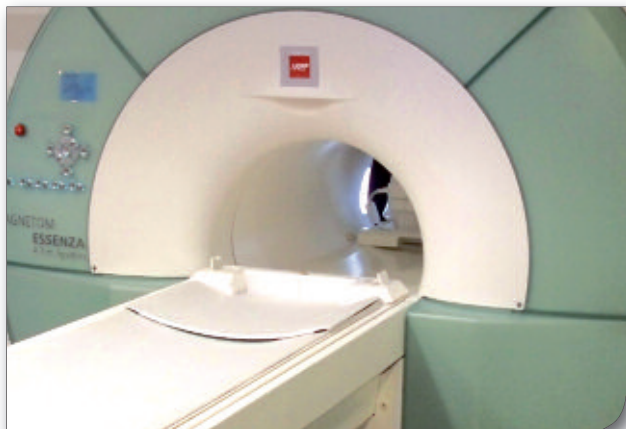
La télé-médecine a été inscrite dans la loi. La télé-radiologie n'a cependant pas encore reçue de reconnaissance officielle. Elle reste soumise aux risques d'un développement guidée par une logique commerciale alors qu'elle doit rester un acte médical.

Le conseil professionnel de la radiologie française, qui regroupe la société savante (SFR), le conseil des enseignants en radiologie (CERF) et les deux syndicats médicaux hospitalier et libéral de la profession (SRH et FNMR), a édité une charte de la télé-radiologie ayant reçu l'aval du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Seriez-vous favorable à l'opposabilité légale d'une telle charte ?

► L'adaptation des réglementations

Les cabinets de radiologie, en sus des tâches administratives liées à l'assurance maladie, font face à de nombreuses réglementations particulièrement lourdes, notamment en radioprotection où les référentiels sont issus d'une directive visant principalement l'énergie nucléaire. Ces nombreuses règles sont d'une telle complexité à mettre en œuvre que la FNMR publie, chaque année, une synthèse d'une cinquantaine de pages. Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations ?



Quelques données clefs de l'imagerie médicale

La démographie

Près de 7.400 médecins radiologues exercent en France. Plus de la moitié exerce dans un cadre libéral exclusif. 15% ont une activité mixte, les autres sont principalement des hospitaliers.

Les projections de l'ONDPS¹ indiquent que l'effectif des médecins radiologues ira en décroissant d'ici à 2015 et à 2030. La perte en effectif se situerait entre 8% et 16% selon l'échéance retenue et la variante de projection.

Le secteur conventionnel

La quasi-totalité des médecins radiologues exercent en secteur 1 (86%).

Tous les territoires disposent d'une offre d'imagerie à tarifs conventionnels.

Les dépassements

Les médecins radiologues font partie des trois spécialités qui facturent le moins de dépassements. Dans le total de leurs honoraires, ces dépassements ne représentent que 4,0% alors que la moyenne pour l'ensemble des spécialistes est de 11,7% (Source DREES – Fichiers SNIR-CNAMTS).

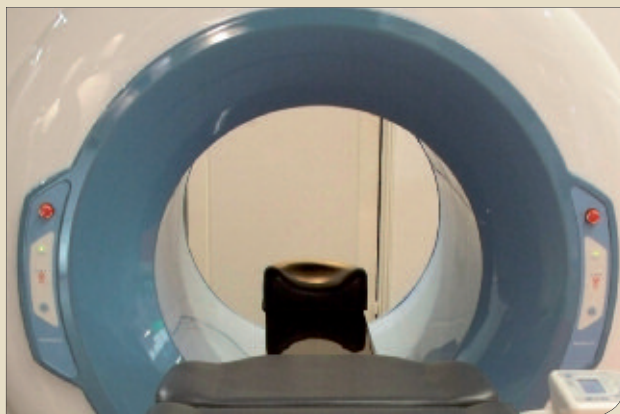
Les actes d'imagerie

Dans le total des actes recensés par la CCAM², les actes d'imagerie représentent un peu plus de la moitié, en volume (53,3%) comme en remboursements (55,5%).

Dans les remboursements, l'imagerie se décompose en :

Radiologie conventionnelle	: 30%	du total de l'imagerie
Echographie	: 31,5%	“
Scanner	: 13%	“
IRM	: 9%	“
Scintigraphie et autres	: 16%	

La scintigraphie n'est pas pratiquée par les radiologues.



L'évolution des actes d'imagerie

Plusieurs facteurs jouent dans le sens d'une augmentation des actes d'imagerie :

- Le vieillissement de la population
- Le développement des indications (en scanner et en IRM)
- La part prépondérante de l'imagerie dans la prise en charge des patients

En dépit de ces facteurs, la croissance des actes d'imagerie a été très faible ces dernières années. Alors que la croissance moyenne du volume des actes de la CCAM est de 3,2%, pour 2010, elle n'est que de 1,3% en imagerie. S'agissant des dépenses remboursables, la croissance pour l'imagerie est négative (-2,6%) alors que le taux moyen pour l'ensemble des spécialités est de 1,2%.

Les scanners et les IRM

Les scanners et les IRM sont soumis à autorisation administrative. La France reste sous-dotée comparativement à ses voisins.

Une des conséquences est l'insuffisante substitution entre la radiologie conventionnelle et l'IRM. Les recommandations scientifiques internationales et nationales (avec le Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale de la SFR) ne peuvent être pleinement appliquées faute d'équipements suffisants.

¹ Observatoire National de la Démographie des Professions de santé

² Classification commune des actes médicaux

Une autre conséquence est que les délais d'attente pour un rendez-vous en IRM varient, selon les régions, de 15 à 45 jours, alors que le plan cancer fixait un objectif de 15 jours.

Nombre de scanners et d'IRM par million d'habitants en 2010 (OCDE Health Data 2011)		
Pays	Scanner	IRM
Japon	97,3	43,1
Etats-Unis	34,3	25,9
Grèce	34,4	22,6
Italie	31,7	21,6
Allemagne		20,6
Finlande	21,1	19,4
Danemark	27,6	15,4
Suisse	32,6	14,4
Luxembourg	25,9	13,9
Irlande	15,7	12,5
Pays-Bas	11,3	11,0
Espagne	14,6	9,3
Portugal	26	8,9
Turquie	11,6	8,9
Canada	14,4	8,4
Belgique	41,6	7,5
France	11,8	7
Royaume-Uni	-	5,9
Australie	42,5	5,8

La démarche qualité en imagerie médicale

La démarche qualité en imagerie comporte six axes :

La maîtrise de l'exposition est encadrée par la directive Euratom et le principe ALARA ³ qui conduit à privilégier les techniques les moins irradiantes ou à limiter, au maximum, la dose d'exposition.

La profession organise des formations à la radioprotection...

Le guide du bon usage des examens d'imagerie, réalisé par la profession (SFR), indique l'examen le mieux adapté sur le plan diagnostique en intégrant la dimension "exposition aux radiations". Mais

l'insuffisance d'équipements en coupe ne permet pas de le suivre systématiquement.

Les règles opposables de bonne pratique sont spécifiques à la profession de radiologue. Elles sont apparues avec la généralisation du dépistage du cancer du sein : seuil de 500 mammographies, formation obligatoire, contrôles de qualité, seconde lecture, transmission des données à un observatoire (SENOLOG) ⁴.

L'Observatoire Pour l'Imagerie médicale (OPI) a pour objectif de recenser au moins 20% du total des examens d'imagerie afin de fournir un instrument de référence aux radiologues.

La certification des sites d'imagerie peut passer par la certification ISO ou par Labelix, organisme de certification propre à la profession, en partenariat avec la HAS.

Le projet professionnel commun (PPC) vise à assurer une présence radiologique dans tous les territoires par la coopération entre les secteurs publics et privés dans des structures nouvelles que sont les Pôles d'Organisation Sectorielle en Imagerie Médicale (POSIM), reconnus à titre expérimental dans la loi Fourcade. ■



³ Qui signifie aussi bas que raisonnablement acceptable.

⁴ SENOLOG fournit des informations sur les actes réalisés, le radiologue effecteur, le mammographe, le site d'exercice, le motif d'examen, les circonstances en DO ou en DI, la spécialité de l'adresseur, sur les patientes.

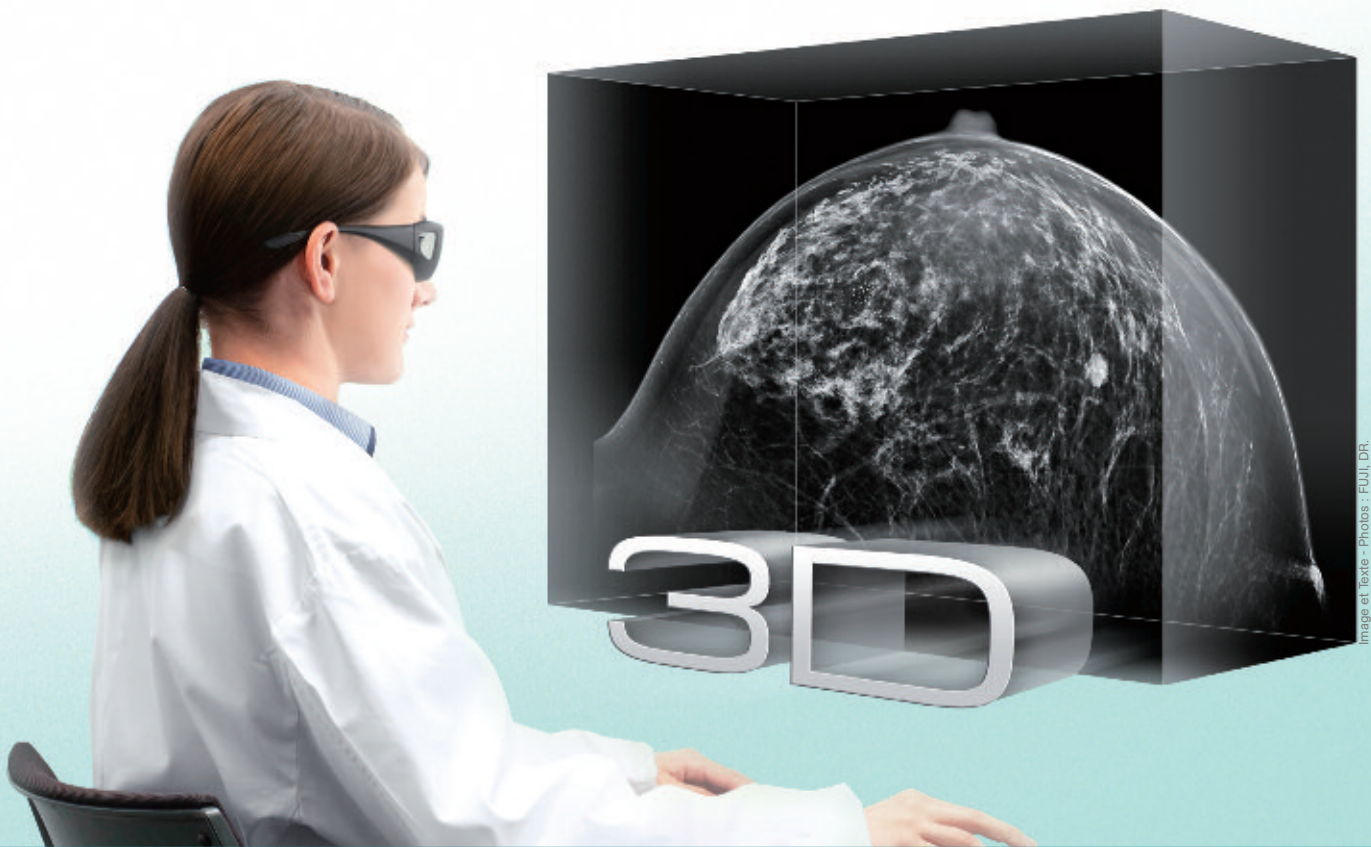


Image et texte - Photos - FUJIFILM



La mammographie numérique entre dans une nouvelle dimension

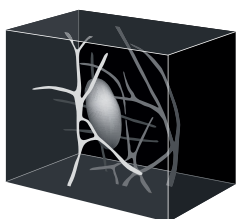
En utilisant les performances et les caractéristiques uniques de son nouveau mammographe numérique 3D, l'AMULET F, Fujifilm a développé un système d'affichage des images en stéréoscopie.

Grâce à cette nouvelle technologie, les radiologues auront une visualisation en trois dimensions des différentes structures du sein.

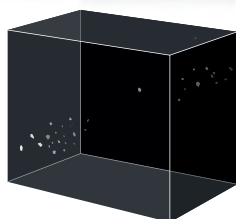
Les foyers de micro-calcifications sont plus faciles à caractériser et les superpositions de tissus ne se confondent plus avec les masses, facilitant ainsi le dépistage du cancer du sein.

Les premières études cliniques démontrent :

- une meilleure caractérisation des lésions avec une réduction des faux positifs et un confort de travail amélioré,
- une diminution du nombre de rappels avec une réduction des faux négatifs.



Meilleure visualisation des différentes structures du sein



Plus de détails et d'informations dans l'espace



FUJIFILM soutient la campagne du Ruban Rose dans le cadre du dépistage précoce du cancer du sein.



François Bayrou

Modem



François Bayrou



Le Médecin Radiologue : La France peut-elle se fixer un objectif quantifié de rattrapage d'équipements durant la prochaine mandature ?

François Bayrou : L'imagerie médicale a un rôle croissant dans la chaîne de soins du patient. Il faut bien évidemment prévoir un plan pluriannuel d'investissements pour rattraper notre retard dans ce domaine. Le sous-équipement français est une source d'inquiétudes notamment en oncologie et pour les AVC. Ce plan devra être établi en lien avec le maintien du maillage territorial.

Le M R : Etes-vous favorable au maintien d'un maillage territorial en imagerie ?

F B : Ce maillage territorial doit être préservé et doit être pensé selon un plan régional établi au niveau des ARS. Le décrochage du secteur ambulatoire et des secteurs hospitaliers, public ou privé, est un gage de réussite pour l'avenir. Avec la perspective des baisses démographiques des radiologues des secteurs privé et public, les regroupements et les coopérations entre les médecins sont donc une impérieuse nécessité. Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de 2010, la structuration de l'offre en imagerie doit passer par une analyse des besoins à la fois pour les plateaux de proximité et pour les plateaux techniques complets.

Le M R : Etes-vous favorable à la signature de plans pluriannuels d'imagerie portant sur l'ensemble des questions relatives à cette spécialité ?

F B : La mise en place de ce plan est à saluer et c'est une voie à poursuivre. Les plans pluriannuels d'imagerie permettront ainsi de conjuguer accès aux soins, et meilleure utilisation des dépenses publiques.

Le M R : Seriez-vous favorable à l'opposabilité d'une charte de la téléradiologie ?

F B : Tout élément qui permet de préserver les actes médicaux des dérives commerciales est à promouvoir. Je serais donc favorable à une telle charte. La télémedecine et donc la téléradiologie sont des secteurs qui nécessiteront de lourds investissements mais qui vont pouvoir sécuriser le parcours des patients et générer de nombreuses économies.

" Avec la perspective des baisses démographiques des radiologues des secteurs privé et public, les regroupements et les coopérations entre les médecins sont donc une impérieuse nécessité. "

Le M R : Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations ?

F B : Ces réglementations, qui n'ont pour but, que de protéger les patients mais aussi et surtout les personnels utilisant ces équipements, sont en effet particulièrement complexes. Il serait judicieux que le Ministère de la santé et les fédérations professionnelles comme la FNMR travaillent ensemble sur des outils pédagogiques pour la meilleure et complète information de tous. ■



Jacques Cheminade

Solidarité et Progrès



Jacques Cheminade



Le Médecin Radiologue : La France peut-elle se fixer un objectif quantifié de rattrapage d'équipements durant la prochaine mandature ?

Jacques Cheminade : C'est indispensable ! Dans ce monde, la santé est définie comme un coût et non comme un gain. Aussi j'affirme qu'il est scandaleux que nous disposions de trois fois moins d'équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) que l'Allemagne et pas assez de scanners. Un effort intelligent et massif d'équipement est donc aussi nécessaire.

En 2010, le ministère de la Santé a lancé un plan national d'actions contre les AVC, mobilisant 134 millions d'euros entre 2010-2014. Avec plusieurs objectifs : inciter la population à prévenir, dépister et traiter les facteurs de risques favorisant l'AVC, et

réduire le risque de séquelles en apprenant à agir vite face aux premiers symptômes.

Alors que le plan de 2010 projetait de faire passer le nombre d'UNV

de 87 en 2010 à 140 en 2011, il est consternant que le mot IRM ne figure même pas dans un document officiel qui ambitionne pourtant d'« augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles ».

Par exemple : si on veut vraiment se donner les moyens de lutter contre l'AVC, la première priorité est d'avoir des IRM dans les 2900 hôpitaux de France. On pourra faire alors le diagnostic partout et par une console de télé-médecine, transmettre les images à une unité

spécialisée en neuro-vasculaire qui guidera la réalisation de la thrombolyse si nécessaire.

Le M R : Etes-vous favorable au maintien d'un maillage territorial en imagerie ?

J C : Il faut dès maintenant prévoir de compenser les départs massifs à la retraite d'ici 2020. C'est indispensable pour maintenir un véritable maillage des services de santé sur le territoire. En cela, l'imagerie médicale est un des piliers du service de soins et le dialogue entre médecins de ville et hospitaliers doit être promu et encouragé. Il faut non seulement empêcher la fermeture des cabinets d'imagerie, mais évaluer les manques et faciliter l'installation de médecins radiologues, notamment en zone rurale.

En 2011, bien que 1200 scanners soient accessibles sur l'ensemble du territoire (ce qui reste insuffisant), en revanche, avec environ 500 appareils, nous restons les bons derniers en matière d'imagerie à résonance médicale. Si nous osions une comparaison : le prix d'un IRM est approximativement celui d'un rond-point. Or il existe 30 000 ronds-points dans l'hexagone. Les Schémas régions d'organisations des soins (SROS) pour la période 2006-2011 prévoient de totaliser en France 605 appareils d'IRM en avril 2011, alors qu'en réalité les besoins en demandaient déjà 750.

Sans nier l'utilité d'un rond-point, on peut se demander ce qui bloque. La réalité est que l'argent va au rentable, au court terme et surtout les objectifs économiques sont fixés par le monde financier de la City et de Wall Street. La santé publique et l'hôpital public : si nous ne les sauvons pas, c'est toute la société qui se disloquera, et avec elle, tout sens de solidarité et de progrès sans lesquels il n'y a pas de générations futures.

C'est pourquoi je propose d'améliorer les incitations à la création et au développement de pôles et de maisons de santé transdisciplinaires, à l'exemple de ce qui est fait dans le Lot-et-Garonne, pour améliorer la qualité et l'accès à la médecine de proximité et de premier secours (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, radiologues etc.). Des logements bon marché devront, dans ce contexte, être proposés aux internes souhaitant faire leurs stages en milieu rural. Cette intégration transdisciplinaire permettra une meilleure intégration de la médecine de campagne dans le système national de santé et de valoriser les missions du médecin aujourd'hui

“Empêcher la fermeture des cabinets d'imagerie, évaluer les manques et faciliter l'installation de médecins radiologues, notamment en zone rurale.”

trop souvent négligées (travail de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination médico-sociale et administrative).

Le M R : Etes-vous favorable à la signature de plans pluriannuels d'imagerie portant sur l'ensemble des questions relatives à cette spécialité ?

J C : Bien sûr, il est temps de mettre en place un plan afin de fixer des objectifs quantifiés en matière d'équipement en imagerie médicale. Ce qui ne peut se faire sans les acteurs de terrain que sont les radiologues associés aux services de l'Etat. J'appelle au respect de nos principes de 1945-1946, tout en impliquant cette fois l'ensemble des acteurs dans un renouvellement de la politique de santé publique.

En cela, l'État doit en être le garant. Il doit rejeter une « nouvelle gouvernance de la santé », en empêchant que les lobbies de la mondialisation financière n'accaparent un secteur économique jusque-là contrôlé par la puissance publique. Cela signifie que les établissements de santé ne soient pas engagés dans une logique financière incompatible avec l'intérêt collectif. Pour exprimer concrètement cet engagement, je ferai supprimer le forfait de 18 euros sur les actes médicaux lourds, qui met à la charge du patient ce qui a été détourné par l'État, ainsi que tout ce qui aggrave les coûts pour les malades de manière indiscriminée et touche donc davantage les pauvres.

Il semble donc juste que ces plans assurent une stabilité des tarifs ou prévoient une évolution basée sur le coût de la vie, ainsi qu'ils puissent intégrer les objectifs en matière réglementaire équitable et de qualité.

Le M R : Seriez-vous favorable à l'opposabilité d'une charte de la téléradiologie ?

J C : Il faut un véritable pare-feu déontologique à la logique comptable du système financier. Le scandale du Médiateur démontre à quel point chaque acte médical et chaque nouvelle découverte technologique doit être mis sous le contrôle d'un conseil d'experts qui ne soient pas soumis aux intérêts commerciaux.

C'est pourquoi il faut d'abord revenir à un système public de droit à la santé et de droit aux soins. Pour cela, il faut combattre des forces financières qui prennent ou cherchent à faire prendre des décisions contre la nature même du principe qui garantit à chacun la « Sécurité sociale », telle que l'avaient définie Roosevelt en 1935 et le Plan français pour la Sécurité sociale de la France libre

en 1943. La régulation par le contrôle public, dans le domaine de la santé, doit toujours l'emporter sur la régulation par les lois du marché.

Le M R : Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations ?

J C : La réglementation de l'industrie du nucléaire a été définie dans un cadre militaire pour la protection des civils et de la nation. Elle est efficace et nécessaire ! Mais il faut bien sûr une réglementation en radioprotection qui ne doit pas freiner l'accès à la pratique médicale et

“ Il semble juste que ces plans assurent une stabilité des tarifs ou prévoient une évolution basée sur le coût de la vie. ”

ce n'est pas non plus en enfermant les médecins dans une démultiplication de tâches administratives que la qualité du soin pourra s'améliorer. Il est urgent de simplifier et adapter les réglementations aux services médicaux. La production par l'industrie nucléaire de radio-isotopes médicaux doit aussi être accélérée pour fournir l'imagerie médicale du futur.

Il faut donc commencer par concevoir et mettre en place un réel projet médical d'ensemble, définissant les missions et l'organisation de tous les intervenants. Si l'on revient ainsi à une bonne politique de prévention et que les moyens existants soient mobilisés à bon escient, nous pourrions déjà parvenir à une espérance de vie moyenne de 90 à 100 ans, dans un état physique et sanitaire satisfaisant. L'imagerie médicale en est un axe fondamental. Pourquoi faudrait-il s'en priver ? ■





OptiJECT®

loversol

L'expérience de la seringue préremplie



- Sécurité
- Traçabilité
- Praticité
- Réduction des coûts

OPTIJECT 240, OPTIJECT 300, OPTIJECT 350 mg d'l/mL, solution injectable ou pour perfusion - COMPOSITION : OPTIJECT 240 – loversol, 509 mg/mL, teneur en iode et en élément : 240 mg/mL, osmolalité : 500 mosmoles /kg, viscosité : 4,6 mPa.s (à 25°C) 3,0 mPa.s (à 37°C). OPTIJECT 300 – loversol, 636mg/mL, teneur en iode et en élément : 300 mg/mL, osmolalité : 645 mosmoles /kg, viscosité : 8,2 mPa.s (à 25°C) 5,5 mPa.s (à 37°C). OPTIJECT 350 – loversol, 741mg/mL, teneur en iode et en élément : 350 mg/mL, osmolalité : 780 mosmoles /kg, viscosité : 14,3 mPa.s (à 25°C) 9 mPa.s (à 37°C). **DONNEES CLINIQUES: Indications thérapeutiques :** Ce médicament est à usage diagnostique uniquement. **OPTIJECT 240** est un produit de contraste radiologique non ionique, conçu pour la réalisation d'artériographies cérébrales, de phlébographies, d'urographies intraveineuses et d'angiographies numérisées avec soustraction par voie artérielle (IA-DSA). **OPTIJECT 240** peut également être utilisé pour la réalisation de tomodensitométries crâniennes et du corps. **OPTIJECT 300** est un produit de contraste radiologique non ionique indiqué dans la réalisation d'artériographies cérébrales, périphériques et viscérales, d'angiographies numérisées par voie artérielle ou veineuse (IA-DSA, IVDSA), de phlébographies, des urographies intraveineuses et de la tomodensitométrie de la tête et du corps entier. **OPTIJECT 300** peut également être utilisé chez l'enfant pour la réalisation d'angiographies cérébrales, périphériques et viscérales et d'urographies intraveineuses. **OPTIJECT 350** est un produit de contraste radiologique non ionique conçu pour la réalisation d'exams artériographiques portant sur l'ensemble de l'appareil cardiovasculaire : coronarographies, artériographies périphériques, viscérales et rénales, aortographies, ventriculographies gauches. **OPTIJECT 350** peut également être utilisé pour la réalisation de tomodensitométries crâniennes et du corps entier, d'urographies intraveineuses, de phlébographies et d'angiographies numérisées avec soustraction par voies artérielle et veineuse (IA-DSA et IV-DSA). **Posologie et mode d'administration(*) :** comme tous les produits de contraste radio-opaques, il convient d'utiliser la dose la plus faible permettant d'obtenir le contraste requis. **Contre-indications :** Hypersensibilité connue aux produits de contraste iodés. Hyperthyroïdie patente. **Mise en garde et précaution d'emploi(*) :** la possible survenue d'une réaction indésirable grave doit toujours être présente à l'esprit(*). La prudence s'impose chez les patients présentant une altération majeure de leur fonction rénale, une dysfonction hépato-rénale, une anurie, un diabète, une forme homozygote de drépanocytose ou une gammopathie monoclonale (myélome multiple, macroglobulinémie essentielle de Waldenström), notamment lors de l'administration de fortes doses(*). **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions(*) :** Elles sont généralement considérées comme spécifiques de cette classe de produits de contraste(*). **Grossesse et allaitement (*) :** Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines(*) : très rares, Troubles oculaires(*) : très rares, Troubles auriculaires et labyrinthiques(*) : très rares, Troubles cardiaques(*) : rares, Troubles vasculaires(*) : rares, Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux(*) : rares, Troubles digestifs (*) : peu fréquents, Troubles cutanés et sous-cutanés(*) : peu fréquents, Troubles rénaux et urinaires(*) : rares, Troubles généraux et anomalie au site d'administration(*). **Surdosage(*).** **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES(*)**. **DONNEES PHARMACEUTIQUES(*)** : **Incompatibilités :** OPTIJECT ne doit être mélangé avec aucune autre substance médicamenteuse. **Durée de conservation :** 3 ans. Après usage, jeter la solution résiduelle. **Précautions particulières de conservation :** La solution doit être maintenue à l'abri de la lumière et des rayons X et conservée à une température inférieure à 30°C. OPTIJECT peut être conservé pendant un mois à 37°C dans un appareil de chauffage pour produit de contraste à air circulant. Jeter la solution si elle est fortement colorée ou contient des particules. **Nature et contenu de l'emballage extérieur(*) :** OPTIJECT est fourni en seringues pré-remplies pour usage manuel et en seringues pour perfuseur électrique (PE), confectionnées en polypropylène(*). **Précautions particulières d'élimination et de manipulation :** Seringues pour usage manuel et seringues pour perfuseur électrique : la solution et les éléments en contact avec celle-ci sont stériles; la partie externe de la seringue ne l'est pas. Les instructions d'assemblage et de vérification sont indiquées sur l'emballage externe des seringues pré-remplies. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** **OPTIJECT 240 :** 3400934078835 : 50 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) manuelle : 18,56 € - 3400934079146 : 125 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) pour perfuseur électrique : 42,26 €. **OPTIJECT 300 :** 3400934083228 : 50 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) manuelle : 22,20 € - 3400934083686 : 100 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) pour perfuseur électrique : 41,58 €. **3400934083808 :** 125 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) pour perfuseur électrique : 50,89 €. **OPTIJECT 350 :** 3400934086298 : 50 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) manuelle : 25,55 €. **3400934086649 :** 100 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) pour perfuseur électrique : 47,32 € - 3400934086878 : 125 ml en seringue pré-remplie (polypropylène) pour perfuseur électrique : 58,07 €. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 28/03/1996 / 12/09/2007. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** 28/08/2009 (ref 01/12). **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc. 65% - Agréé Collect. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** GUERBET - BP 57400 - 95943 Roissy Charles de Gaulle Cedex - Tél:01.45.91.50.00 - (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Guerbet.

PF 1213 - Réalisation Atenor - Février 2012



Nicolas Dupont-Aignan

Debout la République



Nicolas Dupont-Aignan



Monsieur le Président

Je vous remercie de votre courrier particulièrement clair et synthétique, qui a retenu toute mon attention. Il touche à un point capital de notre système de santé car chacun sait l'importance qu'a prise la radiologie dans le dépistage, le diagnostic, l'évaluation des traitements et dans la thérapeutique au cours des trente dernières années.

1. Le problème du parc d'IRM insuffisant est particulièrement scandaleux, car il a fait l'objet dès la naissance de cette technique d'une politique malthusienne des pouvoirs publics dont nous ne sommes jamais sortis. C'est la caractéristique d'un système de santé dans l'impasse de ne pas savoir reconnaître la valeur d'une technique émergente et de ne raisonner qu'en termes d'économie et non d'investissement d'avenir. Or chacun sait que l'accès des patients à l'IRM est le principal goulet d'étranglement générateur de retards de diagnostic et de prise en charge dans de nombreuses pathologies. C'est pourquoi un rattrapage est en effet indispensable. Déployer 3 à 4 nouvelles IRM pour un million d'habitants nous amèneraient à la moyenne européenne et nécessiterait un investissement de l'ordre de 250 millions sur cinq ans, qui est parfaitement atteignable dans un partenariat public-privé si nous nous donnons par ailleurs les moyens volontaristes de redresser les finances de l'Assurance Maladie, aussi bien par une vigoureuse relance de l'emploi par le protectionnisme intelligent que je propose que par des économies structurelles dans le domaine du médicament.

2. Le maillage territorial est évidemment central. Il serait paradoxal qu'à l'heure de la loi HSPT, la radiologie ne fasse partie des objectifs chiffrés d'un territoire ni des SROS. Cette évaluation des besoins et des moyens à déployer doit évidemment impliquer tous les professionnels quel que soient leur mode d'exercice.

3. Il est réconfortant de voir des professionnels rappeler la puissance publique à ses devoirs de planification sanitaire. Les cabinets de radiologie, tout comme à leur manière les services hospitaliers, sont de véritables PME qui souffrent comme toutes les autres de l'absence de visibilité pour planifier investissement et croissance. Je ne peux que souscrire à votre proposition de plans pluriannuels associant l'Etat, l'Assurance-Maladie et tous les professionnels.

4. Le problème de la téléradiologie est le problème de l'IRM d'aujourd'hui : une technique pour laquelle il faut à tout prix anticiper les besoins à venir. De notre capacité à prendre le problème à bras le corps dépendra aussi notre capacité à faire face au recul de la démographie médicale des toutes prochaines années. Ne pas le faire serait nous condamner à la voir se développer en dehors de nos frontières dans une logique mondialisée à bas coût et à qualité incertaine. La charte signée par les instances publiques et privées de votre profession doit évidemment devenir constitutive de la loi régissant cette nouvelle dimension de la radiologie.

“ Chacun sait que l'accès des patients à l'IRM est le principal goulet d'étranglement générateur de retards de diagnostic et de prise en charge dans de nombreuses pathologies. ”

5. Concernant les réglementations de sécurité, vous comprendrez qu'il m'est difficile d'entrer dans le détail d'un domaine complexe. Mais je ne peux que constater tous les jours le maquis des réglementations auquel doivent faire face les PME et je m'engage à vous soutenir dans le sens d'une adaptation raisonnable à la pratique quotidienne.

J'espère avoir répondu à vos préoccupations et vous prie de croire, Monsieur le Président, à ma très sincère considération. ■



François Hollande ¹

PS



François Hollande



Le programme santé de François Hollande a été présenté dans le cadre de ses 60 engagements pour la France. Par ailleurs, François Hollande a aussi mis en exergue certaines de ses propositions lors d'un colloque réunissant des acteurs du monde de la santé en février.

Déserts médicaux, préservation de l'hôpital public, encadrement des dépassements d'honoraires, augmentation de la part forfaitaire des médecins généralistes sont les priorités de François Hollande.

La défense de l'hôpital public

Réforme de la tarification pour mettre fin à l'assimilation de l'hôpital avec les établissements privés. L'hôpital doit être considéré comme un service public et non comme une entreprise.

Pour lutter contre les déserts médicaux, il faut favoriser une meilleure répartition des médecins par la création de pôles de santé de proximité dans chaque territoire.

Aucune personne ne doit être à plus d'une demi-heure de transport d'un lieu de traitements des urgences médicales.

La santé publique sera mieux prise en compte, notamment en augmentant la part de rémunération forfaitaire des médecins généralistes.

La sécurisation de l'accès aux soins

Sécurisation de l'accès aux soins de tous les Français en encadrant les dépassements d'honoraires, en favorisant une baisse du prix des médicaments et en supprimant le droit d'entrée dans le dispositif de l'aide médicale d'État.

Accès aux soins de proximité

Mise en place d'un tiers payant généralisé à travers une expérimentation dans les maisons pluridisciplinaires de santé avant une éventuelle généralisation du tiers payant chez les médecins de premier recours ;

Refus de la coercition concernant l'installation des professionnels de santé ;

¹ N'ayant pas reçu de réponse de l'équipe du candidat, nous publions un texte rédigé par la Revue du Médecin Radiologue.

Encadrement des installations des professionnels de santé en secteur 2 dans les secteurs sur-denses ;

Proposer un pacte à l'installation aux jeunes médecins libéraux ;

Parcours de soins

Entamer une réflexion sur la manière de valoriser des exercices, des bonnes pratiques tournées vers la prévention, des objectifs de santé publique, des objectifs de prescription ;

Le parcours de soins doit devenir un parcours d'accompagnement et de coordination des soins ;

Rémunération des professionnels de santé

Donner plus de place au paiement à la performance ;

Lutter contre les dérives des coûts et plus particulièrement en veillant à limiter les dépassements d'honoraires ;

Le secteur optionnel n'est pas une solution ;

Médecine générale

La médecine générale est insuffisamment valorisée ;

Il faut mener une politique de maîtrise des coûts des dépassements d'honoraires pour s'assurer de l'équité entre professionnels de santé ;

Développement Professionnel Continu

Le Développement Professionnel Continu doit se mettre en place dans des conditions transparentes et objectives ;

Il faut faire en sorte que les liens ne soient plus directs entre les laboratoires pharmaceutiques et les professionnels ;

Médicaments

Remettre en cause le déremboursement de certains médicaments, notamment dans le cas d'un déremboursement à 15% ;

Faire baisser le coût des médicaments en pesant sur leur prix et sur leur consommation globale ;

Favoriser le recours aux génériques en prescrivant davantage et en faisant pression sur leur coût ;

Lancer des campagnes d'information auxquelles les professionnels de santé, les médecins et pharmaciens seront associés afin que les Français consomment moins de médicaments ; ■





Jean-Luc Mélenchon

Front de Gauche



Jean-Luc Mélenchon



Le Médecin Radiologue : La France peut-elle se fixer un objectif quantifié de rattrapage d'équipements durant la prochaine mandature ?

Jean-Luc Mélenchon : Il est évident que le parc d'appareil en particulier dans les structures publiques est notoirement insuffisant. Il faut donc encourager le rattrapage en la matière.

Nous prévoyons que l'investissement immobilier des établissements publics de santé devra être pris en charge par l'Etat, ce qui va libérer des sommes pour l'équipement et permettra d'envisager de meilleures possibilités d'acquisition en terme d'équipements lourds.

Le M R : Etes-vous favorable au maintien d'un maillage territorial en imagerie ?

J-L M : Nous sommes très clairement pour un maillage du territoire en terme de structures de proximité pour répondre aux besoins de la population. Nous sommes pour engager la réouverture d'établissements de proximité dans certains cas et pour le développement de centres de santé. Nous considérons que ces derniers doivent avoir un plateau d'imagerie adapté à leur activité de proximité. Nous privilégions la réponse aux besoins de santé ce qui passe entre autre par le maillage du territoire en terme d'imagerie.

Le M R : Etes-vous favorable à la signature de plans pluriannuels d'imagerie portant sur l'ensemble des questions relatives à cette spécialité ?

J-L M : Nous considérons que la lisibilité en la matière est utile. Il faut aussi une pression sur les groupes industriels pour que la production corresponde bien aux besoins des professionnels plutôt que d'être dans la surenchère entre groupes qui se traduit par une inflation des prix. Nous encouragerons donc une intervention des professionnels

pour avoir une production qui soit opérationnelle par rapport à la réponse aux besoins de santé de la population.

Le M R : Seriez-vous favorable à l'opposabilité d'une charte de la téléradiologie ?

J-L M : Nous sommes pour une intervention des salariés, des professionnels dans l'organisation du travail, dans les choix à opérer. Nous avons donc un a priori positif sur une charte de professionnel. Nous sommes pour un contrôle par les pairs plutôt que par les experts dont l'absence de conflit d'intérêt n'est pas acquise.

“ Nous sommes pour le développement de centres de santé. Ces derniers doivent avoir un plateau d'imagerie adapté à leur activité de proximité. ”

Le M R : Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations ?

J-L M : La sécurité et la santé au travail ont été malmenées depuis des années. Il ne nous semble pas qu'il soit opportun d'engager une diminution du niveau de protection des professionnels et des usagers par rapport aux risques liés à l'utilisation de produits ou de substances dangereuses. La sécurité au travail est pour nous une priorité.

Ceci étant posé, nous sommes porteurs de l'exigence de l'intervention des professionnels dans l'organisation du travail. Dans ce cadre et avec le respect de la priorité de sécurité, toutes les propositions d'améliorations seront encouragées par notre politique. ■

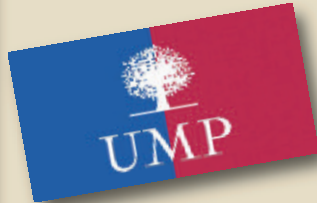


Nicolas Sarkozy

UMP



Nicolas Sarkozy



Le Médecin Radiologue : La France peut-elle se fixer un objectif quantifié de rattrapage d'équipements durant la prochaine mandature ?

Nicolas Sarkozy : Je crois qu'un effort doit être fait dans ce sens. Mais nous devons faire les choses dans l'ordre. Les Agences Régionales de Santé qui élaborent leur Projets Régionaux de Santé, doivent faire une analyse des besoins sur chaque territoire. C'est en fonction de cette analyse que nous pourrions envisager d'autoriser de nouveaux équipements. Il va de soi que la France ne doit pas prendre de retard sur ce secteur.

Le M R : Etes-vous favorable au maintien d'un maillage territorial en imagerie ?

N S : Il me semble utile que les ARS travaillent avec les professionnels pour offrir un maillage optimal. Il conviendrait de proposer la création de coopérations entre les radiologues libéraux et les centres hospitaliers afin d'optimiser le fonctionnement des plateaux techniques dans le cadre d'un renforcement du maillage territorial. L'objectif serait de s'assurer que l'ensemble du parc est utilisé de manière optimale. Certains équipements sont sous-utilisés et un bilan d'activité de l'ensemble de ces équipements est nécessaire. Il est aussi indispensable, en particulier dans le cadre du plan Cancer ou pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, de prévoir une couverture en IRM optimale sur le territoire. Je souhaite que chacun trouve sa place, les libéraux, les hospitaliers, pour offrir aux patients la bonne réponse, de la radiographie classique à l'IRM.

Le M R : Etes-vous favorable à la signature de plans pluriannuels d'imagerie portant sur l'ensemble des questions relatives à cette spécialité ?

N S : J'y suis favorable, mais dans le cadre d'objectifs de santé publique afin d'éviter les examens redondants, répétés, voire inutiles ou de confort.

Le M R : Seriez-vous favorable à l'opposabilité d'une charte de la téléradiologie ?

N S : C'est inscrit dans la loi. C'est un outil de progrès majeur. Le

développement de la télémédecine doit aussi s'accompagner du développement de la coopération interprofessionnelle, ce qui pourra notamment se faire via des masters pour les techniciens de radiologie.

Le M R : Etes-vous favorable à une adaptation à l'activité médicale des cabinets d'imagerie de ces réglementations ?

N S : Il va de soi qu'une adaptation à l'activité médicale est nécessaire en particulier pour ce qui concerne les radiations ionisantes. Personne ne doit être mis en danger, ni les radiologues ni les populations. La juste prescription, l'évitement des examens inutiles, le contrôle du niveau d'irradiation médicale sont des obligations sanitaires et environnementales. ■

“ proposer la création de coopérations entre les radiologues libéraux et les centres hospitaliers afin d'optimiser le fonctionnement des plateaux techniques dans le cadre d'un renforcement du maillage territorial. ”



Comparaison des programmes santé des candidats à l'élection présidentielle 2012



Moins d'un mois avant le premier tour de l'élection présidentielle 2012, l'agence nile, conseil en affaires publiques, présente un comparatif des différentes propositions santé des principaux candidats, c'est-à-dire ceux qui sont crédités de plus de 10% des intentions de vote dans les sondages. C'est avec l'aimable autorisation de nile (www.nile-consulting.eu) que nous publions ce tableau.

Les informations sont issues des sites internet des candidats et de leur parti, ainsi que de leurs déclarations officielles. Le comparatif est à jour du 27 mars 2012.

	 FRANÇOIS BAYROU	 FRANÇOIS HOLLANDE	 MARINE LE PEN	 JEAN-LUC MÉLENCHON	 NICOLAS SARKOZY
Gouvernance		Définir un nouveau modèle, fondé sur une Conception économique, sociale, démocratique de la santé. Garder ce qu'il y a de mieux de notre système de santé, le contrat social, et en même temps, inventer ensemble un modèle de santé qui doit être un facteur de cohésion, de dynamisme et de rayonnement	Renforcer la tutelle du ministère en charge de la Santé sur les Agences Régionales de Santé, afin d'assurer une cohérence de la politique de santé sur l'ensemble du territoire national	Supprimer les ARS	Garantir, à travers les ARS, une cohérence territoriale et mettre en place des solutions sur mesure
Démocratie sanitaire		Offrir une plus grande participation à nos concitoyens : <ul style="list-style-type: none"> • pour la gouvernance des politiques de santé publique • pour la reconnaissance des professionnels et des familles en tant qu'acteurs • en faisant participer les associations représentatives d'usagers et de patients, agréés par l'Etat, aux instances les concernant • en indemnisant les représentants des associations sur fonds publics, condition nécessaire de leur totale indépendance • en reconnaissant le droit aux actions collectives en justice 	Impliquer les malades, via les associations qui les représentent, dans les prises de décisions qui les affectent : <ul style="list-style-type: none"> • reconnaître leur rôle au sein de la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) • les associer partout où des décisions importantes qui les concernent sont prises • les associer aux prises de décisions concernant l'organisation territoriale du système de soins 	L'ensemble des dispositions en faveur de la santé sera mis en œuvre par des instances regroupant les personnels et les professionnels, les élu(e)s et les citoyen(ne)s Reconstruire et développer un service public de santé basé sur la proximité et la qualité des soins avec les personnels, les élus et les citoyens	Mettre les patients au cœur du système de soins Renforcer la démocratie sanitaire par plus de pédagogie, et un meilleur accès à l'information
Accès aux soins	Redéfinir le numerus clausus par la négociation, contractuellement, en fléchant un certain nombre de postes vers des affectations temporaires là où on en aura le plus besoin	Favoriser une meilleure répartition des médecins par la création de pôles de santé de proximité dans chaque territoire pour lutter contre les déserts médicaux	Rétablir l'égalité d'accès aux soins entre les territoires : <ul style="list-style-type: none"> • fermer les toutes petites structures qui ne pratiquent pas suffisamment pour assurer une qualité et une sécurité suffisantes 	Augmenter le numerus clausus dans la perspective de sa suppression Organiser une négociation, conclue par un accord majoritaire pour redéfinir une	Elaborer une cartographie des besoins en ressources humaines sanitaires et médico-sociales Développer le « tutorat association » pour les internes



Voir au-delà des apparences



➔ **Un fort signal IRM**

➔ **La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles qu'elles soient les indications**
(sauf foie - 0,1 ml/kg)

EFFICACITÉ et STABILITÉ



COMPOSITION : acide gadobénique 334 mg / mL (0,5 M) Eau ppi. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Produit de contraste paramagnétique utilisé dans l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et indiqué dans : • IRM du foie pour la détection des lésions hépatiques lorsqu'un cancer hépatique secondaire ou primitif (carcinome hépatocellulaire) est suspecté ou connu (flacon et seringue). • IRM du cerveau et de la moelle épinière où il améliore la détection des lésions et apporte des informations diagnostiques supplémentaires comparativement à une IRM sans produit de contraste (flacon et seringue). • Angiographie par résonance magnétique (ARM) où il améliore l'exactitude diagnostique pour la détection de la maladie vasculaire sténo-occlusive cliniquement significative lorsqu'une pathologie vasculaire des artères abdominales ou périphériques est suspectée ou connue (flacon). **Posologie et mode d'administration :** *Adulte. Foie :* 0,05 mmol/kg (0,1 ml/kg de solution 0,5 M). *Système nerveux central et ARM :* 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg de solution 0,5 M).

Éviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ; la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. *Sujet âgé :* pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Réservé à l'adulte. Surveiller 15 min, puis 1h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale : Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients.** Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73 m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec MultiHance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de MultiHance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas hémodialysés. **Sujets âgés :** L'élimination rénale de gadobénate de dimeglumine pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction :** jamais rapportées.

Effets indésirables : Essais cliniques cf. Vidal - Après commercialisation : observés chez moins de 0,1 % des patients. Nausées, vomissements, hypersensibilité, réactions au point d'injection (extravasation) Des cas isolés de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés avec MultiHance, chez des patients ayant également reçu d'autres produits de contraste à base de gadolinium. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Produit de contraste. **Imagerie du SNC** au cours de deux études en intra-patients comparant 0,1 mmol/kg de MultiHance à 0,1 mmol/kg de gadopentétate de dimeglumine ou de gadodiamide. MultiHance a produit une amélioration significative (p < 0,001) de l'intensité du signal de la lésion, du rapport contraste-bruit et du rapport lésion-cerveau, ainsi que l'amélioration de la visualisation des lésions du SNC sur les images obtenues. L'impact de l'amélioration de la visualisation des lésions sur la conclusion diagnostique et la prise en charge des patients n'a pas été étudié. Flacon : 5 ml (3400934741182) : 25,44 € - 10 ml (3400934741296) : 42,55 € - 15 ml (3400934741357) : 60,93 € - 20 ml (3400934741418) : 77,11 € - Seringue pré-remplie : 10 ml (3400938879667) : 42,55 € - 15 ml (3400938879728) : 60,93 € - 20 ml (3400938879896) : 77,11 € - Liste I - Remb. Séc. Soc. 65 %. Coll. Révision de la monographie : juin 2011. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Accès aux soins (suite)	<p>Créer des dispensaires adossés aux pharmacies dans les territoires sous dotés de médecins</p> <p>Mise en place d'une astreinte partagée entre public et privé</p> <p>Instaurer des services médicaux de proximité (Urgences, maternité, soins ambulatoires), en amont des plateaux techniques des hôpitaux</p>	<p>Fixer un délai maximum d'une demi heure pour accéder aux soins d'urgence</p> <p>Pas de politique de contrainte envers les professionnels</p> <p>Le relèvement du numerus clausus peut être souhaitable</p> <p>Garantir une offre de soins de proximité en revalorisant la médecine générale et en créant un environnement propice à l'installation en cabinet dès le début des études de médecine</p> <p>Limiter les conventionnements de secteur 2 dans les zones surdotées</p> <p>Instaurer un plan d'urgence pour l'installation des jeunes médecins : incitation financière, projets médicaux pouvant les accueillir, accompagnement administratif</p> <p>Doter tous les centres hospitaliers d'un centre d'interruption de grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sauvegarder les structures de taille moyenne dans lesquelles officient du personnel de très grande qualité • réserver aux CHRU /CHU la prise en charge des traitements les plus lourds et les plus complexes <p>Intégrer dans la formation des professionnels médicaux un stage territorial sur le terrain</p>	<p>nouvelle convention médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • remettre en cause les dépassements d'honoraires • créer de vraies incitations à l'installation (financières, techniques, d'aide à l'installation ou à l'équipement, etc.) <p>Doter tous les bassins de vie d'équipements publics de santé (hôpitaux, services hospitaliers, maternités, urgences...) en rapport avec leur population</p> <p>Favoriser la mise en réseau des hôpitaux entre eux et avec la médecine ambulatoire</p> <p>Assurer la promotion des centres de santé</p> <p>Faire bénéficier toute personne résidant en France d'un accès inconditionnel et universel aux soins, indépendamment de leurs revenus ou de leur situation administrative au regard du séjour</p> <p>Mettre fin en priorité aux fermetures et démantèlements d'hôpitaux, de maternités, de centres de soins et d'IVG</p> <p>Garantir l'accès effectif et gratuit à la contraception et à l'IVG</p>	<p>dans les zones sous-médicalisées</p> <p>Rendre obligatoire un stage d'immersion chez le praticien ambulatoire en seconde année de médecine</p> <p>Promouvoir le développement des maisons de santé en fixant le cap de 1000 maisons pluridisciplinaires libérales pour 2017</p> <p>Relever le numerus clausus</p> <p>Désengorger les services d'urgences hospitalières en créant à côté "une maison avec des médecins libéraux" qui feront les urgences du quotidien</p> <p>Mieux rémunérer le médecin qui s'installe dans une zone de désert médical</p>
Santé publique et Prévention	<p>Elaborer un grand plan Santé Les élèves français sont les plus frappés d'Europe par les addictions au cannabis, à l'alcool, par un certain nombre de comportements à risques. Une mobilisation notamment avec les étudiants en médecine, dans tous les établissements scolaires dans l'enseignement secondaire sera bienvenue et urgente pour lutter contre ces addictions.</p> <p>Réorienter profondément la politique de santé publique vers la prévention</p> <p>Lancer un nouveau Plan Alzheimer</p>	<p>Préserver le capital santé par une éducation sanitaire</p> <p>Réaffirmer des priorités de santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reconduire le plan Alzheimer et le plan Cancer • le plan Cancer doit se faire selon trois exigences : <ul style="list-style-type: none"> - une politique de détection – toujours la prévention – en luttant contre le tabagisme - une approche personnalisée, à la fois en termes de traitement et de parcours du malade - faire aboutir rapidement les travaux sur l'accès au crédit et aux assurances 	<p>Lancer un nouveau plan Alzheimer</p>	<p>Mettre en place une politique de prévention qui s'attaque aux causes environnementales (pesticides, engrais, particules polluantes etc.) de la recrudescence des maladies actuelles (cancers, maladies cardio-vasculaires, respiratoires, diabète etc.)</p> <p>Renforcer les programmes de dépistage et de prévention pour que le tiers des séropositifs qui s'ignorent connaissent leur statut sérologique</p> <p>Redonner à la santé publique, à la promotion de la santé et à la prévention, les moyens qui leur font défaut, notam-</p>	<p>Réviser en profondeur la loi de santé publique de 2004 par un projet de loi de santé publique quinquennale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Alzheimer • Plan Cancer • Programme de développement des soins palliatifs • 6 nouveaux plans : la santé environnementale, la santé mentale, les maladies infectieuses, la vaccination, la prévention des troubles du comportement alimentaire et les toxicomanies, en particulier celles affectant les adolescents. <p>Développer massivement le coaching parental : Expérimenter et financer un développement massif des</p>

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Santé publique et Prévention		pour les personnes ayant souffert de ce mal. Expérimenter les salles de consommation supervisée pour les usagers de drogue		ment en matière d'étude et de recherche Lancer un nouveau Plan Alzheimer	initiatives de soutien à la parentalité.
Professionnels de santé	Préserver la liberté d'installation Instaurer une prise en charge forfaitaire, certainement utile dans certaines maladies chroniques et dans les missions de prévention en lien avec l'appréciation des pratiques Refuser le paiement à la performance : cette sémantique reste le fruit d'une logique purement « business » Mettre en place un contrat de bonnes pratiques Suppression des stabilisateurs économiques relatifs aux conventions	Ne pas exercer de politique de contrainte envers les professionnels Lutter contre les dépassements d'honoraires en privilégiant la négociation Compléter le paiement à l'acte par une part forfaitaire Maintenir de la rémunération et des missions de l'officine Limiter les conventionnements de secteur 2 dans les zones surdotées	Eviter les dépassements excessifs d'honoraires en secteur 2. Ils seront plafonnés après concertation avec les représentants des médecins.	Lancer un programme de formation de toutes les disciplines de la santé, libéré de l'influence des laboratoires pharmaceutiques Augmenter le numerus clausus dans la perspective de sa suppression Organiser une négociation, conclue par un accord majoritaire pour redéfinir une nouvelle convention médicale, remettant en cause les dépassements d'honoraires et créant de vraies incitations à l'installation : financières, techniques, d'aide à l'installation ou à l'équipement	Préserver le principe de la liberté d'installation des médecins. Développer un mode de rémunération reposant sur trois éléments <ul style="list-style-type: none"> • le paiement à l'acte • le paiement au forfait pour certaines activités (actes de prévention, participation à des travaux d'épidémiologie clinique, etc.) ou certaines pathologies • une rémunération pour encourager la recherche permanente de l'adéquation des soins aux bonnes pratiques et pour promouvoir la transparence sur la qualité des soins prodigués Enrichir la formation initiale des professionnels par : <ul style="list-style-type: none"> • la coordination interprofessionnelle • la pertinence des actes, la démarche qualité et la pédagogie vis-à-vis des patients • les sciences économiques et sociales Développer des passerelles entre les différents métiers de la santé Mettre en place le secteur optionnel Relever le numerus clausus Limiter les dépassements d'honoraires Affermir le pacte conventionnel Renforcer la place du pharmacien dans le système de soin (bon usage, éducation thérapeutique)
Etablissements de santé		Réformer la tarification pour mettre fin à l'assimilation de l'hôpital avec les établissements privés :	Prévenir toute nouvelle augmentation du forfait hospitalier	Abroger la loi Bachelot et la loi de 2003 instituant la tarification à l'activité	Moduler la tarification en fonction de critères de pertinence des actes

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Etablissements de santé (suite)		<ul style="list-style-type: none"> mettre fin au principe de convergence tarifaire entre le public et le privé redéfinir le mode de financement de l'hôpital pour l'adosser à d'autres critères que la seule activité 		<p>Investir massivement pour redonner à l'hôpital public les moyens nécessaires à une politique de santé de qualité</p> <p>Mettre fin au forfait hospitalier</p>	<p>Mettre en place un système de bonus/malus pour moduler l'application des tarifs prévus</p> <p>Mettre en place des mécanismes collectifs d'intéressement</p> <p>Maintenir la convergence tarifaire</p>
Financement de la santé	<p>Equilibrer les régimes de sécurité sociale</p> <p>Rééquilibrer l'ONDAM en faveur des soins de ville</p> <p>Mettre en place des ORDAM</p>	<p>Instaurer un débat sur la place et le rôle des organismes complémentaires, en renforcement du régime obligatoire, qui reste le socle incontournable de notre protection sociale</p> <p>Rapprocher la CSG et l'impôt sur le revenu</p>	Réformer profondément la Sécurité Sociale		<p>Organiser des Etats Généraux des dépenses de santé : redéfinir ce qui relève de la solidarité nationale, des régimes complémentaires et de l'effort individuel</p> <p>Mise en place de la TVA sociale</p> <p>Rééquilibrer l'ONDAM en faveur des soins de ville</p>
Dépenses de santé	<p>Examiner l'exemple du système d'assurance complémentaire (mutuelle universelle) en place en Alsace-Moselle</p> <p>Proposer un bouclier santé financé en gérant autrement l'argent consacré aujourd'hui à l'aide complémentaire santé</p>	<p>Instaurer un débat sur la place et le rôle des organismes complémentaires</p> <p>Engager une généralisation du tiers payants</p>	Prohiber toute nouvelle taxation des mutuelles	<p>Rétablir le remboursement intégral à 100 % des dépenses de santé couvertes par la Sécurité sociale en y incluant les lunettes et les soins dentaires</p> <p>Supprimer les forfaits et les franchises médicales</p> <p>Orienter principalement les mutuelles sur les questions de prévention</p> <p>S'intéresser au régime local d'Alsace-Moselle</p>	Proposer de nouvelles réponses pour les dents et les lunettes lors du retour à l'équilibre
Lutte contre la fraude			<p>Créer un secrétariat d'Etat à la lutte contre la fraude</p> <p>Créer la Carte Vitale biométrique</p> <p>Lutter contre les arrêts maladies de complaisance et les fraudes dans le système ambulancier</p> <p>Exiger des collectivités territoriales de contribuer pleinement à la lutte contre la fraude</p> <p>Procéder au croisement systématique des fichiers sociaux et des fichiers fiscaux</p> <p>Supprimer toutes les aides sociales pour les fraudeurs récidivistes</p>		<p>Développer nos outils de détection et nos politiques de contrôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> contrôle des arrêts de travail, des assurés comme des prescripteurs et mise en œuvre d'amendes financières croisement des fichiers entre les caisses de sécurité sociale pour s'assurer de la réalité des droits des assurés <p>lutte contre les trafics de médicaments</p> <p>Instaurer la Carte Vitale biométrique</p>

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Lutte contre la fraude (suite)			Renégocier les conventions internationales signées en matière de santé avec des pays étrangers		
Recherche et Industrie	<p>Orienter la fiscalité vers l'innovation et le bon usage</p> <p>Instaurer un meilleur dispositif pour le crédit impôt recherche</p>	<p>Considérer la santé comme un puissant moteur de développement économique</p> <p>Sortir de la vieille image de la santé vue comme un coût</p> <p>Faire de la santé un levier pour la croissance de notre pays.</p> <p>Moduler le crédit impôt recherche pour qu'il profite d'avantage aux PME</p> <p>Créer un environnement administratif qui simplifierait les procédures de recherche</p> <p>Créer des leviers supplémentaires d'investissements</p> <p>Mutualiser les moyens relatifs à la recherche au plan européen</p>	<p>Considérer les laboratoires pharmaceutiques comme de véritables partenaires de la recherche médicale</p> <p>Les contraindre à une transparence maximale (programmes de recherche en cours et envisagés, état d'avancement des essais)</p> <p>Les inciter à développer des programmes de recherche sur les priorités fixées dans le cadre des états généraux de la recherche</p>	<p>Libérer la recherche pharmaceutique de la soumission aux marchés et aux laboratoires par la création d'un pôle public du médicament avec au moins une entreprise publique qui interviendra sur la recherche, la production et la distribution des médicaments</p>	<p>Soutenir l'ambition de notre recherche et de notre industrie pour proposer de nouvelles thérapies, générer de la croissance économique au service d'une médecine humaine et contribuer au rayonnement de la médecine française</p> <p>Améliorer la compétitivité des entreprises par une législation moins rigide</p>
Médicaments	<p>Evaluer notre système de suivi de la vie du médicament afin de le rendre plus cohérent et plus efficace</p> <p>Créer une Autorité indépendante chargée de l'alerte, notamment en matière de santé et de sécurité sanitaire, et constituée d'experts totalement indépendants. Cette autorité pourra être saisie par les citoyens, les associations, les praticiens, les pharmaciens...</p> <p>Lutter contre la surconsommation de médicaments et la multiplication des médicaments à service médical rendu insuffisant</p>	<p>Favoriser une baisse du prix des médicaments</p> <p>Avoir des médicaments plus sûrs, moins nombreux, mieux prescrits.</p> <p>Reprendre la loi « médicament sur certains sujets : déclaration des conflits d'intérêts, essais comparatifs, actions de groupe</p>	<p>Impulser une nouvelle politique du médicament qui sortira des logiques purement comptables et examinera avec beaucoup plus de discernement les médicaments réellement efficaces et inefficaces.</p> <p>Rembourser à nouveau des médicaments déremboursés</p> <p>Lutter activement contre le gaspillage : mise en place d'une procédure de vente au détail des médicaments prescrits et remboursés par la sécurité sociale</p>	<p>Créer un pôle public du médicament pour en finir avec les scandales comme celui du médiateur qui illustre la mainmise du capitalisme sur le marché de la santé, au prix de la vie de nombreux patients</p>	<p>Faire baisser le prix du médicament par une gestion plus dynamique de la fixation des prix des génériques par le Comité économique des produits de santé (CEPS) en partenariat avec les acteurs industriels, les grossistes/répartiteurs et les pharmaciens</p> <p>Lutter contre le gaspillage de médicaments par une meilleure optimisation du conditionnement des médicaments</p> <p>Maintenir la dispensation des médicaments en officine</p> <p>Ne pas autoriser la vente de médicaments sur internet</p> <p>Assurer une distribution sans rupture d'approvisionnement</p>
Loi HPST	<p>La loi HPST, les nouveaux modes de gestion de l'hôpital, la place faite aux médecins et aux personnels de santé, tout cela a entraîné une profonde démoralisation</p> <p>Modifier la loi HPST pour</p>	<p>La loi HPST a été le symbole fâcheux :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'une mauvaise méthode, le défaut de concertation et, également, une concentration dans la gouvernance d'un mauvais modèle : la logique de «l'hôpital entreprise» 		Abroger la loi HPST	

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Loi HPST (suite)	passer d'une logique purement gestionnaire et administrative à une construction en réseau sur le territoire qui donne la priorité aux patients et aux médecins				
Parcours de soin			Mettre en place le dossier médical personnalisé (DMP) à condition que toutes les conditions relatives à la protection des données et à leur confidentialité, notamment vis-à-vis des sociétés d'assurance, soient garanties		Optimiser l'acte de prescription par la mise en œuvre pleine et entière du dossier médical personnel (DMP) Promouvoir l'individualisation des parcours de soins
Dépendance et Alzheimer	<p>Lancer le plan « Face à la dépendance » qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> capitalisera sur l'expérience acquise sur le travail des médecins, des associations, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie fera jouer tous les leviers disponibles, recherche médicale et pharmacologique, amélioration de la prise en charge dans les maisons de retraite et les hôpitaux, construction d'une offre plus abordable pour les familles, appui aux aidants et mise en œuvre de la solidarité nationale. <p>Mettre en œuvre, dans le respect de l'équilibre des comptes, un nouveau mode de financement pour réduire ce reste à charge</p> <ul style="list-style-type: none"> privilégier dans l'attribution des nouvelles places les projets d'établissements qui proposent un prix de journée modéré permettre à la Caisse des Dépôts et Consignation en coopération avec les collectivités locales et le secteur associatif de participer à la construction d'une prise en charge plus abordable pour les familles inciter fortement une démarche de prévoyance de la dépendance, qui combinera solidarité nationale et mutualisation des risques 	<p>Engager une réforme de la dépendance</p> <p>Assurer ce 5^{ème} risque en appelant à la solidarité nationale, c'est-à-dire à une cotisation.</p> <p>Permettre à tous ceux qui le désirent de rester à leur domicile</p> <p>Reconduire le plan Alzheimer</p>	<p>Créer une cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale dédiée à la dépendance, qui devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> responsabiliser l'ensemble des moyens financiers et humains actuellement mis en œuvre par les départements et les établissements de santé améliorer les conditions de prise en charge de la perte d'autonomie et de l'hébergement en établissement médico-social évaluer scientifiquement les besoins liés à la dépendance afin d'adapter les politiques publiques <p>Diminuer à court terme le reste à charge.</p> <p>Engager une analyse approfondie des besoins liés à la dépendance dans tous les domaines pour être en mesure, à moyen terme, d'adapter les politiques aux évolutions démographiques</p> <p>Faire bénéficier l'ensemble des professionnels concernés et les aidants familiaux de personnes dépendantes de formations spécifiques</p> <p>Convoquer une conférence du financement de la dépendance</p> <p>Sur Alzheimer :</p> <ul style="list-style-type: none"> intensifier la recherche être plus ambitieux dans la coopération entre la recherche privée et la recherche publiques ne pas dérembourser les 	<p>Couvrir la perte d'autonomie dans le cadre de la protection sociale, sans recours aux assureurs privés</p> <p>Favoriser, au niveau départemental, la création de pôles publics de « l'autonomie »</p>	<p>Poser les bases d'une réforme de la dépendance au moment d'un recul de la dette dans le PIB (2013)</p>

Nous partageons les mêmes valeurs



Santé
Prévoyance

Solidarité Paritarisme Transparence Ecoute

Parce que les hommes et les femmes sont au cœur de l'activité des entreprises, Uniprévoyance a pour vocation d'offrir aux salariés et à leur famille une protection sociale optimale contre les risques de la vie. Uniprévoyance réunit l'ensemble des compétences pour proposer, en complément du régime de base, des garanties adaptées aux besoins des salariés en matière de **santé** et de **prévoyance**.



La protection paritaire, l'engagement solidaire

10, rue Massue - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01•58•64•41•00 - Fax 01•58•64•42•30 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Dépendance et Alzheimer (suite)			médicaments anti Alzheimer, même pas totalement efficaces		
Handicap	<p>Aborder la question de la scolarisation des enfants handicapés dans le cadre de la Conférence nationale sur le handicap</p> <p>Donner la priorité à l'accompagnement humain</p> <p>Concilier les besoins de soins, des ressources dignes, le logement, l'accompagnement adapté, et les activités, la protection juridique</p> <p>Respecter l'effectivité de la loi</p> <p>Rendre effective la loi sur l'accessibilité des bâtiments publics, en faisant établir une cartographie, une planification et un agenda afin que tous les édifices et les transports publics soient accessibles</p> <p>Poursuivre l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire</p> <p>Aider et former les enseignants à leur prise en charge</p>	<p>Créer une « Agence de l'accessibilité des bâtiments » pour les handicapés, dont l'objectif serait d'accélérer le processus de mise en accessibilité des bâtiments et l'application de la loi de 2005 en la matière</p> <p>Affecter une part significative des 60.000 créations de postes dans l'éducation nationale pour l'accompagnement des enfants et des adolescents handicapés, en milieu scolaire ordinaire comme en établissement spécialisé</p> <p>Relancer la dynamique de l'emploi dans toutes les entreprises, protégées ou non.</p> <p>Réaliser un état des lieux de l'avancement des travaux sur la loi de 2005 dans lequel les associations devront être pleinement impliquées</p> <p>Créer des centres de ressources afin d'aider les collectivités territoriales à concevoir et à conduire les projets de mise en accessibilité.</p> <p>Développer la formation à l'accueil des personnes handicapées mentales pour les agents recevant du public. Les organismes publics devront l'intégrer dans leurs plans de formation</p> <p>Renforcer la coordination entre les structures médico-sociales qui suivent les personnes handicapées mentales et les structures de soins</p> <p>Fluidifier les parcours professionnels afin de répondre aux besoins des personnes pour lesquelles l'emploi protégé est la meilleure solution</p>	<p>Simplifier et clarifier les critères d'appréciation du handicap et de la dépendance</p> <p>Revenir à une déclaration annuelle de ressources</p> <p>Revaloriser l'AAH</p> <p>Annuler progressivement les barrières d'âge pour l'attribution des aides (PCH).</p> <p>Mettre en place pour les proches un réseau d'aides</p> <p>Détecter et lutter activement contre la maltraitance des personnes handicapées</p> <p>Mettre en place des centres d'accueil</p> <p>Construire/rouvrir progressivement les établissements régionaux d'éducation adaptée</p> <p>Favoriser l'accès à l'école et aux activités parascolaires pour les enfants handicapés</p> <p>Garantir la pérennité statutaire des auxiliaires de vie scolaire et leur formation</p> <p>Informers les parents d'enfants déficients sensoriels sur les établissements spécialisés</p> <p>Développer progressivement les Établissements et Services d'aide par le travail</p> <p>Développer les programmes d'aide aux handicapés via le contact avec les animaux</p> <p>Lancer une réflexion pour une meilleure prise en charge de l'autisme</p> <p>Veiller à l'application de loi handicap de 2005 dans l'entreprise</p> <p>Imposer aux principaux</p>	<p>Adopter une loi en faveur des personnes en situation de handicap pour répondre à leurs besoins de façon impérative : mise en accessibilité du bâti, accompagnement de l'accueil à l'école publique, intégration professionnelle, revenu de remplacement égal au SMIC brut pour les personnes reconnues incapables de travailler</p>	<p>Poursuivre pour les personnes handicapées le travail engagé depuis la loi de 2005</p> <p>Proposer des réponses adaptées pour les enfants qui n'ont pas pu être scolarisés en milieu ordinaire</p> <p>Améliorer l'accompagnement personnalisé des personnes handicapées, en fonction de leur projet de vie et de leur handicap</p> <p>Soutenir les familles concernées par le handicap et faire évoluer la perception de l'ensemble de la société</p> <p>Réaffirmer notre attachement à l'objectif de rendre accessible à toutes les formes de handicap d'ici à 2015 l'ensemble des aspects de la vie quotidienne de la cité</p> <p>Développer une offre intermédiaire entre le tout-domicile et le tout-établissement, pour offrir des conditions de bien-vivre aux Français qui prennent de l'âge, et prévenir l'isolement et la perte d'autonomie</p> <p>Améliorer la formation des enseignants et des auxiliaires de vie scolaire, en lien avec les associations qui connaissent les besoins des enfants et assurent souvent leur prise en charge hors du temps scolaire</p> <p>Améliorer le niveau de qualification des personnes handicapées, et leur ouvrir un meilleur accès à l'emploi</p> <p>Mettre en place une politique de tarification pour les établissements et services plus juste, en tenant davantage compte de la lourdeur des handicaps pris en charge et des besoins d'accompa-</p>

	FRANÇOIS BAYROU	FRANÇOIS HOLLANDE	MARINE LE PEN	JEAN-LUC MÉLENCHON	NICOLAS SARKOZY
Handicap (suite)			acteurs du Web un standard d'accessibilité pour les malvoyants et les malentendants Trouver un juste équilibre entre incitation et contrainte pour l'embauche de travailleurs handicapés dans les entreprises		gnement des personnes accueillies Sécuriser le financement des associations et développer le mécénat
Questions sociétales	Préserver l'équilibre instauré par la loi Leonetti Informers les patients et leur famille	Proposer que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité Autoriser la recherche sur les cellules souches embryonnaires Créer un « forfait contraception » pour les mineures	Mettre en place un libre choix pour les femmes, qui doit pouvoir aussi être celui de ne pas avorter : <ul style="list-style-type: none"> • mieux prévenir et mieux informer • responsabiliser les parents • proposer la possibilité d'adoption prénatale • améliorer les prestations familiales pour les familles nombreuses Dérembourser l'avortement dans le cas d'un choix financier à faire entre le remboursement de médicaments utiles, notamment pour les personnes âgées et les plus faibles, et l'avortement	Garantir l'accès effectif et gratuit à la contraception et à l'IVG Donner accès aux femmes lesbiennes à la procréation médicalement assistée Attachement au droit à « décider d'éteindre soi-même la lumière »	Ne pas légaliser l'euthanasie : la loi Leonetti est parfaitement équilibrée





Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010

Sur les années 2008 et 2009, les honoraires des médecins libéraux ont connu une évolution positive la première année et négative la seconde, déduction faite de l'inflation. Sur la période 2002-2010, toujours en éliminant l'effet inflation, leurs revenus ont évolué de 0,7% par an sauf pour deux spécialités, radiologues et dermatologues, dont les revenus ont reculé respectivement de -0,4% et -0,3% (voir tableau 1).

Les infirmiers ont enregistré une hausse annuelle moyenne de leurs honoraires de 2,3%, les dentistes de 1,2% et les masseurs kinésithérapeutes de seulement 0,2%. Tels sont les principaux enseignements d'une étude publiée par la DREES¹.

LES HONORAIRES DES MÉDECINS

En 2010, le montant moyen des honoraires des médecins libéraux est de 179 393 euros. Sept spécialités disposent d'honoraires² supérieurs à 200.000 euros, la hiérarchie restant la même sur les trois années présentées. Les radiologues arrivent en tête suivis des anesthésistes puis des ophtalmologues. Les honoraires des omnipraticiens sont de 131 277 euros. La liste est fermée par les psychiatres avec 113 624 euros.

Progression ralentie des honoraires des médecins

Si en 2009, les honoraires des médecins augmentaient, en euros courants comme en euros constants, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation, tel n'est plus le cas en 2010 puisqu'ils augmentent de 0,5% seulement, en euros courants, et baissent de -1% euros constants. Les évolutions sont contrastées entre les spécialités. En euros courants, seule les gynécologues ont connu une

Tableau 1 : Honoraires des médecins (€ courants et constants 2010)

	Honoraires € courants			Taux de croissance annuel moyen 2002-2010 € constants
	2008	2009	2010	
Anesthésiste	290 430	296 703	301 303	2,4
Cardiologue	219 097	222 475	227 541	0,5
Chirurgien	247 618	248 572	253 204	1,1
Dermatologue	134 660	134 895	138 085	-0,3
Gastro-entérologue	200 632	203 644	206 368	1,0
Gynécologue	179 542	178 575	182 543	0,9
Omnipraticien	131 953	133 565	131 277	0,1
Ophtalmologue	263 177	270 119	282 638	2,7
ORL	181 310	185 441	189 811	0,8
Pédiatre	132 752	134 860	134 531	0,4
Pneumologue	165 269	171 878	176 572	1,8
Psychiatre	111 699	111 901	113 624	0,2
Radiologue	504 040	506 133	508 111	-0,4
Rhumatologue	157 909	158 522	161 529	1,0
Stomatologue	252 606	254 522	261 492	0,8
Ensemble des médecins	176 407	178 530	179 393	0,7

¹ Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. Vanessa Bellamy. Etudes et résultats n° 786 de décembre 2011. DREES

² A ne pas confondre avec les revenus puisqu'il faut déduire les charges des honoraires.

Principales mesures tarifaires portant effet sur les honoraires

- Suivi des ALD par un médecin traitant
- Option de coordination pour le secteur 2
- Revalorisation des consultations
- Baisse tarifaire en radiologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire et radiothérapie
- Revalorisation chirurgie et obstétrique

baisse de leurs honoraires courants en 2009, légèrement accentuée en euros constants. En 2010, en euros courants, deux spécialités connaissent une baisse des honoraires : les pédiatres et les omnipraticiens. En euros constants, ces baisses étant nettement renforcées ; les radiologues connaissant aussi cette baisse en euros constants (-1,1%) alors que leurs honoraires étaient légèrement positifs (0,4%) en euros courants.

A l'autre bout de l'échelle, en 2009, quatre spécialités ont connu des hausses d'honoraires supérieures à 2% en euros courants : Ophtalmologues, ORL, anesthésistes et les pneumologues avec 4%. Le passage aux euros constants modérait ces progressions. En 2010, sept spécialités voyaient

leurs honoraires augmenter de plus de 2%, dont les ophtalmologues avec 4,6%. Le passage en euros constants ne laissait qu'une seule spécialité avec une progression supérieure à 2%, soit les ophtalmologues avec 3,1%.

Stagnation des composantes des honoraires sauf les dépassements

En 2008, les honoraires avaient été tirés par les prix. En 2009, c'est l'activité qui devient le moteur avec 1,1% alors que l'effet prix devient négatif (-0,2%). En 2010, toutes les composantes sont quasiment stabilisées à l'exception des dépassements qui restent à un niveau élevé de 2,9% (voir tableau 2).

En 2009, l'évolution de l'activité est restée relativement proche de la moyenne pour toutes les spécialités à l'exception des pneumologues pour lesquels cette variable a augmenté de 3,7%. En 2010, si l'activité a stagné en moyenne, quelques spécialités ont néanmoins enregistré une hausse sensible comme les ophtalmologues (4,3%), dermatologues (4,2%), les cardiologues (3,3%). Inversement, d'autres spécialités ont connu une baisse d'activité comme les omnipraticiens (-1,8%), les stomatologues (1,4%) et les pédiatres (-0,9%).

Tableau 2 : Evolution des composantes des honoraires des médecins (€ courants)

	Evolutions 2009 2010				
	Honoraires totaux	Honoraires hors dépassements	Prix	Activité individuelle	Dépassements
Omnipraticien	-1,7	-1,6	0,1	-1,8	-3,5
Anesthésiste	1,6	0,4	-0,2	0,7	7,4
Cardiologue	2,3	3,1	-0,2	3,3	-14,3
Chirurgien	1,9	0,3	-0,2	0,5	5,5
Dermatologue	2,4	4,3	0,1	4,2	-4,6
Gastro-entérologue	1,3	1,0	0,0	1,0	3,7
Gynécologue	2,2	0,6	-0,1	0,7	6,3
Ophtalmologue	4,6	4,5	0,2	4,3	5,0
ORL	2,4	1,7	0,0	1,8	4,9
Pédiatre	-0,2	-0,9	0,0	-0,9	3,1
Pneumologue	2,7	3,0	-0,1	3,0	-2,3
Psychiatre	1,5	0,5	0,0	0,5	7,3
Radiologue	0,4	0,8	0,0	0,8	-9,0
Rhumatologue	1,9	1,8	0,0	1,8	2,5
Stomatologue	2,7	-1,4	0,0	-1,4	8,1
Ensemble des médecins	0,5	0,2	-0,1	0,2	2,9

Les radiologues pratiquent peu les dépassements

Les dépassements représentent 11,7% du total des honoraires pour l'ensemble des médecins. Ils connaissent une progression régulière comme le montre le tableau 3. Les disparités sont très fortes entre les spécialités. Pour les stomatologues, ils représentent près de la moitié des honoraires (46%) et près d'un tiers pour les chirurgiens (32%), suivis des gynécologues avec 29,5%.

Les cardiologues, les pneumologues et les radiologues sont les spécialités qui ont le plus faible montant de dépassement (4%). Il faut rappeler que 86% des médecins radiologues sont en secteur 1.

Hausse des versements forfaitaires

Les versements forfaitaires ne sont pas liés à un acte mais à des modalités ou des contraintes spécifiques comme le forfait patients ALD pour les médecins traitants. Ces versements ont progressé régulièrement depuis le début du millénaire de 0,2% en 2000 à 6,5% en 2010. En moyenne, ils représentent 3,4% des honoraires hors dépassements. Outre les omnipraticiens, cinq spécialités perçoivent une part significative sous forme de forfait : les chirurgiens (4%), les gynécologues (2,9%), les anesthésistes (2,7%), les pédiatres (2,3%) et les cardiologues (1%).

LES REVENUS DES MEDECINS

Le revenu libéral moyen des médecins est de 94 110€ pour l'année 2010. Il est en progression de 0,5% sur l'année, en euros courants et négatif de 1% en euros constants. Sur la période 2002-2010, la progression du revenu annuel moyen est de 0,8% (voir tableau 4).

Le tableau publié par la DREES montre une forte stabilité du classement des spécialités en termes de revenus. Ainsi, l'ordre des huit premières spécialités est le même sur les

Quels sont les revenus des radiologues (2009) ?

Selon la DREES : 217 070 €
Selon la CARMF : 127 105 €

Quelles sont les raisons de ces différences ?
La principale raison tient aux sources utilisées. La DREES utilise les déclarations BNC 2035 de la direction des impôts. Celles-ci ne comprennent pas les activités des radiologues déclarées en SEL (2042) soit la moitié des effectifs de cette spécialité. La CARMF utilise le double de toutes les déclarations fiscales des radiologues (2035 et SEL).

Tableau 3 : Part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins (en %)

	2008	2009	2010
Omnipraticien	4,5	4,4	4,3
Anesthésiste	15,3	15,8	16,7
Cardiologue	4,5	4,8	4,0
Chirurgien	29,9	30,8	31,9
Dermatologue	19,7	21,3	19,9
Gastro-entérologue	11,0	11,3	11,6
Gynécologue	27,5	28,4	29,5
Ophthalmologue	24,3	25,2	25,3
ORL	19,9	20,3	20,8
Pédiatre	15,4	16,2	16,7
Pneumologue	3,9	4,2	4,0
Psychiatre	14,7	15,7	16,6
Radiologue	4,1	4,4	4,0
Rhumatologue	15,8	16,3	16,4
Stomatologue	42,3	43,3	45,6
Ensemble des médecins	11,1	11,4	11,7

Tableau 4 : Revenu libéral moyen net des médecins (taux de charges constant 2007)

	Revenus en € courants				Taux de croissance annuel moyen en % 2002 2010 € constants
	2007	2008	2009	2010	
Omnipraticien	70 940	71 690	72 560	71 320	0,2
Anesthésiste	173 240	183 340	187 300	190 200	2,5
Cardiologue	113 850	116 350	118 140	120 830	0,7
Chirurgien	124 310	129 560	130 060	132 490	0,9
Dermatologue	62 490	62 680	62 790	64 270	-0,6
Gastro-entérologue	101 440	105 610	107 200	108 630	1,3
Gynécologue	83 900	86 660	86 190	88 100	0,6
Ophthalmologue	129 500	135 830	139 410	145 870	2,7
ORL	87 830	91 000	93 070	95 270	1,0
Pédiatre	69 920	69 950	71 060	70 890	0,5
Pneumologue	81 200	84 080	87 440	89 820	2,4
Psychiatre	61 130	61 960	62 080	63 030	0,4
Radiologue	216 920	216 170	217 070	217 910	-0,4
Rhumatologue	77 140	79 400	79 710	81 220	1,3
Stomatologue	109 340	112 150	113 000	116 100	0,7
Ensemble des médecins	90 810	92 540	93 650	94 110	0,8

quatre années présentées. Les radiologues sont en tête avec 217 910€ de revenus ³, suivis par les anesthésistes (190 200€), les ophtalmologues (145 870€), les chirurgiens (132 490€) et les cardiologues (120 830€).

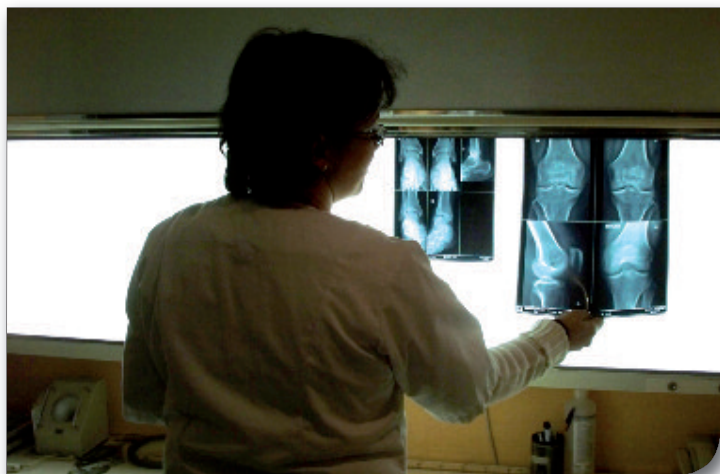
La présentation des revenus des médecins radiologues et des anesthésistes par la DREES pose problème. Jusqu'à récemment, la DREES accompagnait le tableau des revenus d'un avertissement relatif à ces deux spécialités. Ainsi, il était indiqué que les données étaient construites sur les

déclarations fiscales BNC des médecins, excluant ainsi les déclarations sous forme de 2042 des sociétés d'exercice libéral. Or, pour ces deux spécialités, le nombre de médecins exerçant en SEL représente la moitié des effectifs. Pour les radiologues, il s'agit des activités en scanner et en IRM qui supportent les plus lourdes charges. La DREES invitait donc le lecteur à interpréter avec prudence les résultats pour ces revenus.

“ La présentation des revenus des médecins radiologues et des anesthésistes par la DREES pose problème. ”

Dans le numéro d'Études et résultats de décembre 2011, cet avertissement a totalement disparu. Tout juste est-il indiqué que les sources, pour les charges, sont les déclarations BNC 2035. Seule une petite note de bas de page renvoie à un recueil de méthodologie qui précise, lui, les biais de cette étude. Biais d'autant plus fort que les charges sont estimées à partir des honoraires 2008, 2009 et 2010 en leur appliquant le taux de charges de 2007. Comme si, les charges de loyers, d'emprunt... n'avaient pas augmenté depuis trois ans.

Dans une autre note, la DREES indique que le calcul des charges nécessiterait l'examen d'autres sources comme celle de la caisse autonome de retraite des médecins de France



³ 217 070 en 2009



biaisés de la DREES continuent à circuler et à justifier certaines décisions de baisses de tarifs en imagerie.

La hiérarchie des revenus publiée par la CARMF (tableau 5) est très différente de celle de la DREES. Elle classe les médecins radiologues en quatrième position et non plus en première comme la DREES. Leurs revenus ne sont plus de 217 910€ mais de 127 105€ soit une différence de 90 805€. Les revenus des radiologues calculés par la DREES étant 71% plus élevés que ceux de la CARMF.

HONORAIRES ET REVENUS D'AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

(tableaux 6 et 7)

(CARMF). La FNMR ne dit pas autre chose depuis des années. Rappelons que les médecins doivent fournir à la CARMF une copie de leur déclaration fiscale et que celle-ci possède ainsi l'ensemble des données de la profession.

Cette volonté d'une autre approche permettant une analyse plus cohérente des revenus des médecins radiologues avait d'ailleurs été validée, en 2007, par la signature de l'avenant 23 à la précédente convention médicale. Cet avenant prévoyait que « le coût de la pratique de cette spécialité sera étudié avant le 31 décembre 2007 par un organisme indépendant choisi par les partenaires conventionnels ». A ce jour, l'avenant est resté lettre morte mais les chiffres

Les chirurgiens-dentistes

Sur les années 2008-2010, les honoraires des chirurgiens-dentistes ont connu une hausse supérieure à 1,5% en euros courants et jusqu'à 3% en 2010. Ce taux est ramené à 1,5% en euros constants. La croissance des honoraires, dont les dépassements constituent la moitié, est tirée, pour l'essentiel, par l'augmentation de ces dépassements (5,9% en 2010).

Sur la décennie écoulée, leurs revenus ont enregistré une croissance annuelle moyenne de 0,8% avec un taux de 3% en 2010.

Tableau 5 : BNC 2009 - CARMF

	BNC moyen	Evolution 2009/2008
Ensemble des médecins libéraux	81 360 €	-0,84%
Médecine générale	69 118 €	-0,66%
Moyenne des spécialistes	97 134 €	-0,97%
Cancérologie	160 666 €	1,99%
Anesthésie réanimation	159 108 €	0,93%
Médecin biologiste	142 286 €	-6,86%
Radiologie imagerie médicale	127 105 €	-0,19%
Chirurgie	126 880 €	-1,91%
Ophthalmologie	126 115 €	0,43%
Anatomie cytologie pathologiques	104 365 €	-8,00%
Médecine nucléaire	111 083 €	-7,35%
Néphrologie	117 736 €	-1,92%
Pathologie cardio vasculaire	104 628 €	0,17%

Tableau 6 : Honoraires des professionnels de santé (hors médecins) 2010

	Honoraires € courants			Taux de croissance annuel moyen 2002 -2010 € constants
	2008	2009	2010	
Dentiste	225 869	229 228	236 154	1,2
Infirmiers	74 041	76 246	79 014	2,3
Masseur Kinésithérapeute	76 029	75 438	75 679	0,2

Tableau 7 : Evolution des composantes de professionnels de santé (€ courants)

	Evolutions 2009 2010				
	Honoraires totaux	Honoraires hors dépassements	Prix	Activité individuelle	Dépassements
Chirurgien dentiste	3,0	0,1	0,0	0,1	5,9
Infirmier	3,6	3,7	1,1	2,6	-
Masseur Kinésithérapeute	0,3	0,4	0,0	0,4	-



Les masseurs-kinésithérapeutes

Leurs honoraires n'ont quasiment pas progressé depuis 2002 (0,2% par an en moyenne). Ils subissent une baisse depuis 2009. L'activité évolue irrégulièrement avec une baisse en 2009 et une hausse en 2010. Si la part des dépassements est négligeable (1,5%), les déplacements représentent environ 6% de leurs honoraires.

Leurs revenus sont aussi stables que leurs honoraires (0,2% par an sur la décennie). Ils sont cependant négatifs, en euros constants, depuis 2008. ■

Les infirmiers

Les honoraires des infirmiers ont connu une croissance soutenue avec un taux annuel moyen de 2,3% pour la décennie écoulée. En 2010, leurs honoraires ont encore connu une hausse de 3%, ramenée à 2,1% en euros constants.

Les revalorisations tarifaires expliquent, pour une part, la hausse depuis 2007. Mais l'activité constitue un autre facteur de hausse. La croissance de leurs revenus s'établit à 2,2% en moyenne annuelle depuis 2002.

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR



Tableau 8 : Revenu libéral moyen net des professions de santé (hors médecins) (taux de charges constant 2007)

	Revenus en € courants				Taux de croissance annuel moyen en % 2002 2010 € constants
	2007	2008	2009	2010	
Chirurgien Dentiste	83 090	85 470	86 740	89 370	0,8
Infirmier	41 370	43 160	44 440	46 060	2,2
Masseur Kinésithérapeute	38 260	38 920	38 620	38 740	0,2



NORD-PAS-DE-CALAIS

L'Union régionale NORD-PAS-DE-CALAIS a procédé au renouvellement de son Bureau le 21 mars 2012. Sa composition est la suivante :

Président :	Dr Jean-Charles GUILBEAU (Bois-Bernard-62)
Vice Présidents :	Dr Jean-Luc DEHAENE (Lille-59) Dr Jean-Pierre URBAIN (Valenciennes-59)
Secrétaire général :	Dr Jean-Marc CATESSON (Douai-59)
Secrétaire général adjoint :	Dr Jean-Christophe DELESALLE (Boulogne-62)
Trésorier :	Dr Laurent PETYT (Béthune-62)
Trésorier adjoint :	Dr Eric BELGUEDJ (Douai-59)



L'Union régionale NORD-PAS-DE-CALAIS a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 21 mars 2012

Titulaires :	Dr Jean-Marc CATESSON (Douai-59) Dr Jean-Luc DEHAENE (Lille-59) Dr Jean-Christophe DELESALLE (Boulogne-62) Dr Jean-Charles GUILBEAU (Bois-Bernard-62)
Suppléants :	Dr Stéphane BRASSENS (Arras-62) Dr Louis DENIES (Somain-59) Dr Laurent PETYT (Beuvry-62) Dr Jean-Pierre URBAIN (Valenciennes-59)

NORD

Suite aux élections du syndicat du NORD du 15 mars 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Jean-Marc CATESSON (Douai)
Vice Président :	Dr Jean-Luc DEHAENE (Lille)
Secrétaire :	Dr Jean-Pierre URBAIN (Valenciennes)
Trésorier :	Dr Eric BELGUEDJ (Douai)
Trésorier adjoint :	Dr Philippe DEBATSELIERS (Maubeuge)

PAS DE CALAIS

Suite aux élections du syndicat du PAS-DE-CALAIS du 15 février 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Jean-Christophe DELESALLE (Boulogne)
Vice Président :	Dr Jean-Charles GUILBEAU (Bois-Bernard)
Secrétaire :	Dr Philippe LEMAIRE (Lens)
Secrétaire adjoint :	Dr Stéphane BRASSENS (Arras)
Trésorier :	Dr Laurent PETYT (Béthune)
Trésorier adjoint :	Dr Abdelatif BERTAL (Boulogne)

NORMANDIE

L'Union régionale de NORMANDIE a procédé au renouvellement de son Bureau le 27 mars 2012. Sa composition est la suivante :

Président d'honneur :	Dr Michel COURS-MACH (Caen-14)
Président :	Dr Bertrand CHALLINE (Caen-14)
Vice Présidents :	Dr Laurent LARDENOIS (Rouen-76) Dr Philippe MORIN (Bayeux-14)
Secrétaire général :	Dr Mokrane SAHEL (Coutances-50)
Trésorier :	Dr Olivier HURTIER (Flers-61)
Membres :	Dr Pierre RAYNAUD (Rouen-76) Dr Laurent VERZAUX (Le Havre-76) Dr Fouzi ZAHAF (Rouen-76)



L'Union régionale de NORMANDIE a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 27 mars 2012.

Titulaires :	Dr Bertrand CHALLINE (Caen-14) Dr Michel COURS-MACH (Caen-14) Dr Laurent LARDENOIS (Rouen-76) Dr Philippe MORIN (Bayeux-14)
Suppléants :	Dr Olivier HURTIER (Flers-61) Dr Pierre RAYNAUD (Rouen-76) Dr Mokrane SAHEL (Coutances-50) Dr Fouzi ZAHAF (Rouen-76)



Convention médicale

L'avenant n°4 à la convention médicale est paru au Journal Officiel du 30 mars 2012.

Il comprend des mesures sur de nouvelles classifications d'IRM (ostéo-articulaire), sur les tarifs de certains actes de radiographie multi-incidences et bilatérales, la création de procédures sur le bassin, et l'annonce de l'inscription prochaine à la CCAM d'un acte de scanographie de 3 territoires anatomiques.

Il y a un délai d'un mois avant l'application des avenants à la convention médicale.



Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



Séminaire destiné aux médecins radiologues qualifiés en radiodiagnostic/Imagerie médicale 15 ayant validé la formation L1 analogique ou « Organisation du dépistage »

DERNIERE SESSION 2012

BULLETIN d'INSCRIPTION

(Places limitées à 60 participants par session, inscription par ordre de réception du courrier)

MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE : CONTROLE DE QUALITE ET LECTURE POUR LES 1^{ERS} ET 2^{EMES} LECTEURS

Cette formation ne pourra être suivie que par les radiologues ayant auparavant validé la formation analogique
La participation aux deux modules, théorique sur internet et journée pratique à Paris, est obligatoire pour validation de la formation

**Module Théorique
à valider sur internet**

du 13 Juin
au 1^{er} Juillet 2012

**Module Pratique
1 Journée à Paris**

Merci de cocher 2 préférences pour votre jour pratique :

- Mardi 11 septembre 2012
- Mercredi 12 septembre 2012
- Jeudi 13 septembre 2012

(NB : seules les 40 premières demandes de chaque journée pourront être honorées)

Le Dr : Nom : _____ Prénom : _____

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins (renseignement obligatoire) : _____

Date de formation analogique : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail (renseignement obligatoire) : _____

Désire être inscrit sur cette session de formation

Fait le : _____

Signature :

Modalités d'inscription : Joindre un chèque de règlement du montant suivant :

- Adhérent FNMR* : 750,00 €uros
 - Non adhérent : 890,00 €uros
- * Fédération Nationale des Médecins Radiologues

Une convention facture vous sera adressée après formation, à encaissement du règlement.

En cas de désistement, et sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le début de la session, un montant de 400 €uros sera retenu par FORCOMED.

N.B. Les frais de transport et d'hôtellerie (hors déjeuners) sont en sus à votre charge.

Inscrivez-vous dès maintenant

DPC 2012

Clarté nucale et dépistage de la trisomie 21



Tout comme en 2011, FORCOMED a obtenu l'agrément pour le Développement Professionnel Continu (DPC).

En 2012, le programme de DPC organisé par FORCOMED portera sur le thème **Clarté nucale et dépistage de la trisomie 21**.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) comprend un temps d'évaluation des pratiques, une formation avec mise à jour des connaissances et une réévaluation des pratiques 4 mois plus tard :

Temps 1

Il s'agit de l'évaluation initiale des pratiques professionnelles concernant la mesure de la nuque et de la longueur crano-caudale en soumettant par internet, sur la plateforme de formation FORCOMED, 20 dossiers de clarté nucale et 20 clichés de longueur crano-caudale. Un rapport analysant les clichés soumis et détaillant les résultats soulignant les insuffisances est alors envoyé au praticien.

Temps 2

Samedi 9 juin 2012 : une formation d'une journée à Paris comprend l'étude des différentes méthodes de dépistage (en particulier du risque combiné et séquentiel) de la trisomie 21 et des principales anomalies chromosomiques.

Des ateliers sur les techniques et difficultés de la mesure de la longueur crano-caudale et de la clarté nucale sont réalisés.

L'après-midi est consacrée à des ateliers sur les bonnes pratiques définies par l'arrêté du 23 juin 2009, suivis d'une mise au point sur l'optimisation du dépistage des anomalies chromosomiques au premier trimestre et la recherche de signes d'appels au deuxième trimestre chez les fœtus à clarté nucale normale.

Temps 3

Une réévaluation 4 mois plus tard des pratiques professionnelles concernant la mesure de la nuque et de la longueur crano-caudale est réalisée en soumettant par internet sur la même plateforme, 20 dossiers de clarté nucale et 20 clichés de longueur crano-caudale. Un nouveau rapport est établi et envoyé au praticien avec comparaison avec l'évaluation initiale.

Le praticien s'engage à suivre la **totalité** du programme de DPC.
Ce programme est financé par l'OGC.

Adressez-nous dès maintenant vos demandes d'inscription au DPC 2012, le nombre de places est limité.

Association FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Tel : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15 – Mail : info@forcomed.org

Nom : _____ Prénom : _____

Médecin libéral conventionné en exercice

Radiologue Gynécologue Généraliste pratiquant l'échographie obstétricale

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Les modalités d'inscription vous seront adressées en retour



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10063 06 - Groupe 4 radiol SELARL recherche un remplaçant(e) régulier en vue d'une association, compétent séno, ostéo-articulaire et cancéro digestive. Cabinet et cliniques privés.

› Contact : Maria Alvarez

Tél. : 04.92.92.39.13.

Email : maria.alvarez.scmcim@wanadoo.fr

10064 06 - Cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville Côte d'Azur. Multiples accès scan et IRM.

› Email : azur.0606@live.fr

10065 22 - Saint Briec, SELARL (3 radiol) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.

› Tél. : 02.96.33.73.00.

10066 26 - Cabinet radiol. dans clinique cherche 5^{ème} assoc., écho., mammo., conventionnel, TDM, IRM.

› Tél. : 06.76.08.90.16.

10067 47 - Orléans - Centre ville, 7 radiol. cherc. nouvel assoc. Secteur II en remplacement d'un confrère prenant sa retraite.

› Tél. : 06.17.63.44.05.

10068 47 - Proche Bordeaux. Cède cab. pour 2 ou 3 radiologues accès scanner et IRM, plateau technique complet.

› Tél. : 06.64.63.78.78.

10069 62 - Saint Omer, SCP, 5 assoc. 2 cab. une clinique avec scan., vacances IRM, cherc. assoc. pour succéder à l'un des radiol. Remplacement préalable proposé.

› Tél. : 06.12.95.67.91.

10070 64 - Côte Basque, cause retraite, groupe 9 radiol cherche successeur. Activité en clinique (Biarritz et Saint-Jean de-Luz) et cabinet, large accès scanner et IRM.

› Tél. : 06.13.33.34.31.

10071 68 - Cherc. 5^{ème} assoc. dans une SELARL avec accès 2 scanners, 2 IRM. Assoc. si possible ACCA.

› Tél. : 06.87.17.44.10.

10072 76 - Dieppe, cherche succ. groupe de 7 radiologues, multisites (4 cab. et 1 clinique). Activités polyvalentes : mammo. numérique, propriétaire TDM, IRM partagée situé au CHG.

› Email : patrice.goguillon@wanadoo.fr.

10073 83 - Var Littoral Toulon, cherc. 8^{ème} associé (cause départ retraite). Activités polyvalentes en clinique et cabinets. Vacances quotidiennes d'IRM et scan.

› Tél. : 04.94.89.94.17.

Contact : Madame ROCCA

10074 84 - Région Sud-Est, Cavaillon, cause retraite cherc. successeur associé(e). Radio conv (4 sites) + TDM +

IRM. Expansion possible, 6 praticiens tps plein, 4 jrs par semaine.

› Contact : Dr Pierre BRUN

Tél. : 06.80.13.70.38 ou

Email : brunpie@wanadoo.fr

10075 86 - Poitiers, cherc. radiol. pour remplacement et succession. Groupe de 16 radiol., cab. et 2 cliniques (400 lits), plateau technique complet dont 2 TDM, 2 IRM, angiographie et radiographie interventionnelles.

› Contact : Dr Luc DEVINEAU

Tél. : 06.34.01.25.01 ou

Email : luc.devineau@wanadoo.fr.

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

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
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
Responsables de la Régie Publicitaire :
Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex
Dépôt légal 2^e trimestre 2012

PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

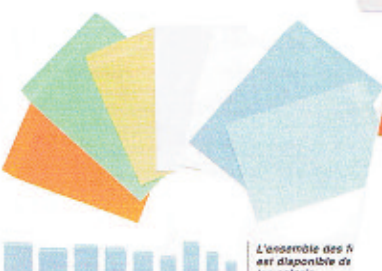
BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS



7 coloris au choix

Descriptif

- Formats disponibles
- 15cm x 20cm
- 18cm x 20cm
- 21cm x 20cm
- 22,8cm x 30,4cm
- 25cm x 38cm
- 27cm x 31cm
- 27cm x 37cm
- 27cm x 42cm
- 27cm x 50cm
- 27cm x 60cm

L'ensemble des formats est disponible de nos coloris.

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Descriptif

- Formats
- 20cm x 25cm
- 31cm x 41cm
- 40cm x 50cm
- Polynôme rapporté
- Impression
- Expédition
- sur stock.

FARELEC

PERSONNALISÉS

Polynôme rapporté

Descriptif

- Formats
- à votre demande
- Coloris
- blanc ou coloré
- à votre choix
- Impression
- 1, 2 ou 3 cotés

Cim

Chemises

SANS RABATS



Formats standards

- 20cm x 25cm
- 24cm x 31cm

AVEC RABATS



Formats standards

- 20cm x 25cm - 22,8cm x 30,4cm
- 24cm x 31cm


AVEC RABATS



Formats standards

- 22,8cm x 31cm - 26,8cm x 37cm
- 30,8cm x 43,8cm

AVEC RABATS



Format standard

- 29,8cm x 37cm

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents

et aussi...

cavaliers, papier en tête,
cartes de rendez-vous,
cahiers de rendez-vous...

Autres modèles

Liste non exhaustive.
Autres modèles sur simple demande.
N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits
Tél. 04 77 72 21 24

Livraison immédiate • Produits standards
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés



Profession : diagnostiquer

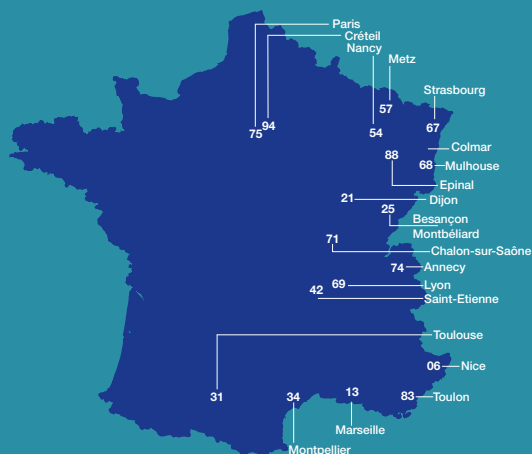
Prêt ou crédit-bail

Réserves pré-accordées

Pour que vous restiez toujours à la pointe du progrès, votre conseiller CMPS vous dédie des solutions sur mesure.

**Si j'étais
banquier je réserverais**

**les meilleurs financements
aux médecins radiologues**



Crédit  Mutuel

Professions de Santé

www.cmps.creditmutuel.fr

CMPS PARIS

10, rue de Caumartin – 75009 Paris

Tél. : 01 56 75 64 30

52, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 94000 Créteil

Tél. : 01 58 42 12 85

Retrouvez toutes les coordonnées CMPS sur notre site.