

La lettre de la FNMR

fnmr.org

## Santé et programme (s)



Le président de la République vient d'être élu. La santé n'a pas joué un rôle majeur dans la décision des électeurs malgré leurs préoccupations. Le flou des programmes des candidats n'a sans doute pas aidé les électeurs y compris au deuxième tour, un des finalistes s'en tenant à son bilan aménagé et l'autre à des généralités.

En mars 2012, alors que la campagne battait son plein, le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a esquissé quelques pistes qui reflètent les opinions de représentants d'horizons très divers...

Quelques affirmations fortes sont acceptables par tous, y compris par les professions de santé, dans un partenariat dont l'importance est soulignée. L'assurance maladie doit faire face à de nouveaux défis sociétaux, elle n'est plus une « assurance maladie », mais une valeur qui doit orienter son mode de gestion pour une solidarité entre les biens portants et les malades. Le déficit, jugé lancinant, de l'assurance maladie n'est pas résumé à des recettes supplémentaires, qui ne sont pas exclues, mais impose la recherche d'un fonctionnement optimal, y compris à « l'hôpital ». Mais, le défi n'est pas que

financier car l'épidémiologie s'est déplacée vers l'association de pathologies chroniques et multiples. Cela suppose donc un changement de stratégie de l'association d'actes multiples plus ou moins coordonnés vers une « médecine de parcours » sans obstacle physique ou financier à l'accès aux soins.

La mise en œuvre pratique passerait par l'investissement dans le système d'information, à orienter vers les individus, avec un renforcement du rôle des acteurs locaux, ARS notamment, sans restriction budgétaire, en affirmant l'importance d'un pilotage national dans la définition des objectifs avec une subsidiarité locale dans l'action, tout en engageant des projets pilotes, prototypes des transformations.

Trois thèmes sont ainsi soumis au débat public dans une « démocratie sanitaire » : feu le panier de soins devient le « périmètre des biens et services remboursables » par obligation de solidarité qui suppose une gestion dynamique et sélective des actes et des techniques, médicaments compris pour ne délivrer que le « juste soin ». La régulation économique, opposabilité et/ou concurrence dirigée, est abordée dans toute sa complexité, pratique et politique, sans omettre ce qui n'est pas pris en charge, mais joue un rôle dans

le parcours. Le Haut Comité affirme aussi la nécessité de rémunérer les professionnels à leur juste valeur tout en luttant contre les tarifs excessifs. Tout le problème revient donc à définir un socle de valeurs partagées dans un système comprenant des assurances complémentaires sans avoir fait le choix du « tout gratuit » ni de la mutualisation complète...

Le Haut Comité souhaite un débat public. Les éléments de ce débat sont connus et de nombreuses agences sont déjà en place qui devraient avoir rempli leurs très coûteuses missions dans un esprit non partisan. La clarification reste à faire car le débat public ne peut se dérouler sur la base d'études dont la compréhension reste limitée aux experts du secteur.

Le rendez-vous avec le nouvel élu ne saurait attendre, même s'il a le choix dans la date. Nous lui souhaitons le succès dans sa mission.

La FNMR, fidèle à son histoire et à ses mandants, n'entend pas rester passive. Elle attend la nomination du nouveau ministre de la santé pour lui présenter l'état de l'imagerie médicale en France et faire ses propositions.

**Dr Jacques NINEY**  
Président de la FNMR

- Baisse du BNC des généralistes, hausse pour la moyenne des spécialistes, quasi-stagnation pour les radiologues en 2010 ..... 02
- Plan National de Gestion du Risque 2012 ..... 04
- Lecture : Pathologies musculosquelettiques douloureuses imagerie et diagnostic ..... 06
- Hommages ..... 07
- Présidentielle 2012 : Nathalie Arthaud ..... 08
- Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie ..... 10
- Vie fédérale : Election Bureaux ..... 10
- Petites annonces ..... 12

- Annonceurs :
  - BRACCO ..... 09
  - PMFR ..... 11

## Baisse du BNC des généralistes, hausse pour la moyenne des spécialistes, quasi-stagnation pour les radiologues en 2010

La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) a publié, en date du 13 avril 2012, les données relatives au bénéfice non commercial (BNC) des médecins libéraux français pour l'année 2010.

Alors qu'en 2009, spécialistes comme généralistes voyaient leur BNC reculer, 2010 se distingue par des évolutions contraires. Le BNC des médecins généralistes est une nouvelle fois en baisse (-1,73%) alors que celui des médecins spécialistes est en hausse sensible (3,18%). Les médecins radiologues enregistrent, eux, une faible progression (0,75%) qui ne compense pas l'inflation.

La publication de ces données par la CARMF est importante. En effet, les revenus des médecins libéraux qui sont publiés par d'autres sources sont, pour les anesthésistes et les radiologues, des estimations ou des redressements. Les publications sur les revenus reposent habituellement sur les données de la Direction générale des impôts qui ne disposent pas des informations relatives à l'exercice en société d'exercice libéral (SEL). Or pour ces deux spécialités, plus de la moitié des effectifs exercent en SEL, d'où les biais de ces publications qui sont, quelques fois, accompagnées d'un avertissement sur les limites de leur méthodologie.

La CARMF, en revanche, publie des données qui reposent sur les déclarations de revenus de tous les médecins libéraux. Ce sont actuellement les données les plus exhaustives.

Le BNC des médecins généralistes s'établit à 67 922 € en baisse de (-1,73%) pour la troisième année. Les généralistes de secteur 1 enregistrent une baisse plus forte (-1,95%) et ceux de secteur 2 une faible progression (0,32%).

Le BNC moyen des spécialistes augmente à 100 221 € soit une forte progression (3,18%) alors qu'il était en recul en 2009. Les revenus des spécialistes de secteur 1 progressent moins vite (2,71%) que la moyenne et inversement pour les spécialistes de secteur 2 (3,65%). En 2009, les revenus des médecins de secteur 1 comme ceux de secteur 2 étaient en recul.

En 2008, si 16 spécialités enregistraient une hausse de leurs revenus, en 2009, elles n'étaient plus que 9. En 2010, les revenus de toutes les spécialités ont augmenté, même faiblement, sauf pour la pédiatrie (-1,36%), l'hématologie (-8,77%) et les biologistes (-18,72%).

Les évolutions de revenus entre spécialités peuvent se distinguer selon qu'elles sont égales ou supérieures à l'inflation ou, au contraire, qu'elles ne compensent pas l'inflation qui était de 1,8% en 2010. Quatre spécialités ont connu une évolution de leurs revenus inférieure à l'inflation. Il s'agit de l'anesthésie, de la gynécologie médicale et obstétrique et de la radiologie (0,75%). Le BNC des médecins radiologues, après deux années de baisse, a progressé très légèrement en 2010. Cette progression est de presque 1% pour les radiologues de secteur 1 mais est négative (-0,85%) pour ceux qui sont en secteur 2.

Enfin, et comme en 2009 ou en 2008, contrairement aux idées reçues, les médecins radiologues ne sont pas en tête des revenus des médecins libéraux et le niveau de leurs revenus est, de très loin, bien inférieur, aux chiffres partiels habituellement présentés. 2011 et 2012 ont connu de nouvelles mesures de baisses tarifaires sur l'imagerie médicale. Elles auront un impact sur les revenus des radiologues mais aussi sur leurs capacités d'investissement. Rappelons que les équipements (table radiologique, échographe, mammographe, scanner, IRM,...) d'imagerie médicale sont financés par les médecins radiologues : c'est un gage d'indépendance vis-à-vis des groupes financiers, et de qualité des soins. Encore faut-il que les médecins radiologues disposent des moyens nécessaires à ces investissements pour maintenir le maillage d'une radiologie de proximité et des plateaux techniques de haut niveau. ■

### Les 7 spécialités dont le BNC moyen est supérieur à 120 000 € en 2010

1 Cancérologie	163 950	↑
2 Anesthésie réanimation	161 848	↑
3 Chirurgie	131 550	↑
4 Ophtalmologie	131 086	↑
5 Radiologie imagerie médicale	128 060	↗
6 Néphrologie	124 013	↑
7 Stomatologie	121 107	↑

Pour 2010, le bénéfice non commercial moyen, pour l'ensemble des médecins libéraux, est de 82 122 € soit une progression de 0,94% contre un recul de 1,11% en 2009. Le BNC des médecins de secteur 1 est quasiment stagnant (-0,02%) alors que celui des médecins de secteur 2 progresse fortement (3,54%).

## Évolution du Bénéfice non commercial (2009/2010) par spécialité. CARMF

	Secteur 1		Secteur 2		TOTAL secteurs 1 & 2		Évolution BNC 2009/2010		
	Effectif	BNC moyen	Effectif	BNC moyen	Effectif	BNC moyen	Secteur 1	Secteur 2	Secteurs 1 & 2
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>	<b>85 392</b>	<b>76 862 €</b>	<b>24 220</b>	<b>100 667 €</b>	<b>109 612</b>	<b>82 122 €</b>	<b>-0,02%</b>	<b>3,54%</b>	<b>0,94%</b>
<b>Médecine générale</b>	<b>55 544</b>	<b>68 462 €</b>	<b>5 879</b>	<b>62 818 €</b>	<b>61 423</b>	<b>67 922 €</b>	<b>-1,95%</b>	<b>0,32%</b>	<b>-1,73%</b>
<b>Moyenne des spécialistes</b>	<b>29 848</b>	<b>92 492 €</b>	<b>18 341</b>	<b>112 799 €</b>	<b>48 189</b>	<b>100 221 €</b>	<b>2,71%</b>	<b>3,65%</b>	<b>3,18%</b>
Anatomie cytologie pathologiques	410	103 602 €	62	135 071 €	472	107 736 €	2,73%	5,73%	3,23%
Anesthésie réanimation	1 810	147 447 €	858	192 229 €	2 668	161 848 €	1,11%	1,72%	1,72%
Cancérologie	330	176 115 €	65	102 189 €	395	163 950 €	3,45%	-4,62%	2,04%
Chirurgie	1 271	92 064 €	3 740	144 969 €	5 011	131 550 €	4,47%	3,23%	3,68%
Dermato vénéréologie	1 983	68 569 €	1 248	78 155 €	3 231	72 272 €	5,24%	5,83%	5,46%
Endocrinologie et métabolisme	269	42 495 €	465	48 224 €	734	46 125 €	2,59%	3,79%	3,53%
Gastro entérologie hépatologie	1 168	95 186 €	643	112 252 €	1 811	101 246 €	3,54%	5,68%	4,40%
Génétique médicale	(*)		(*)						
Gériatrie	25	45 202 €	(*)			44 971 €	-1,15%	82,72%	9,68%
Gynécologie médicale	988	51 243 €	632	63 193 €	1 620	55 905 €	3,38%	1,97%	2,69%
Gynécologie médicale et obstétrique	81	62 046 €	85	89 334 €	166	76 019 €	5,19%	-1,99%	1,14%
Gynécologie obstétrique	1 315	72 392 €	1 828	104 215 €	3 143	90 901 €	0,21%	2,05%	1,72%
Hématologie	14	51 013 €	(*)			51 074 €	-11,49%	0,39%	-8,77%
Médecin biologiste	196	115 652 €			196	115 652 €	-18,72%		-18,72%
Médecine interne	127	65 445 €	173	67 347 €	300	66 542 €	1,62%	5,22%	3,68%
Médecine nucléaire	188	112 120 €	(*)			115 784 €	0,33%	180,28%	4,23%
Médecine physique et de réadaptation	282	59 744 €	168	85 224 €	450	69 257 €	4,37%	3,13%	4,07%
Néphrologie	332	126 111 €	13	70 432 €	345	124 013 €	5,61%	-1,95%	5,33%
Neurologie	521	73 710 €	235	90 258 €	756	78 854 €	5,37%	8,35%	6,53%
Ophthalmologie	2 138	107 232 €	2 108	155 280 €	4 246	131 086 €	2,35%	4,89%	3,94%
Oto-rhino laryngologie	916	82 376 €	1 119	93 991 €	2 035	88 763 €	4,75%	4,13%	4,51%
Pathologie cardio vasculaire	3 213	110 021 €	733	109 906 €	3 946	110 000 €	5,31%	4,33%	5,13%
Pédiatrie	1 841	61 685 €	813	78 092 €	2 654	66 711 €	-1,72%	-0,81%	-1,36%
Pneumologie	873	82 830 €	173	77 653 €	1 046	81 974 €	2,37%	0,99%	2,16%
Psychiatrie	4 222	62 574 €	1 711	65 758 €	5 933	63 492 €	2,10%	1,57%	1,96%
<b>Radiologie imagerie médicale</b>	<b>3 841</b>	<b>124 684 €</b>	<b>463</b>	<b>156 067 €</b>	<b>4 304</b>	<b>128 060 €</b>	<b>0,97%</b>	<b>-0,85%</b>	<b>0,75%</b>
Rhumatologie	993	77 198 €	754	76 480 €	1 747	76 888 €	3,83%	3,00%	3,47%
Santé publique et médecine sociale	(*)								
Spécialité non précisée	29	38 712 €	(*)			38 499 €	5,09%	-26,93%	3,49%
Stomatologie	467	108 212 €	230	147 288 €	697	121 107 €	2,90%	9,04%	5,39%

(\*) Effectif non significatif - Statistique arrêtée au 02/04/2012



## Plan National de Gestion du Risque 2012

Les régimes d'assurance maladie <sup>1</sup> conduisent des politiques de gestions des risques dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de soins. Les trois régimes coordonnent leurs actions dans ce domaine au moyen d'un plan national commun : le Plan National de Gestion du Risque.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a modifié le cadre réglementaire de la gestion du risque.

La coordination des actions de l'Etat et de l'assurance maladie est assurée par un contrat d'objectifs signé par l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui précise, entre autres, les objectifs pluriannuels de gestion du risque. Les programmes nationaux de gestion du risque déclinent ces objectifs annuellement.

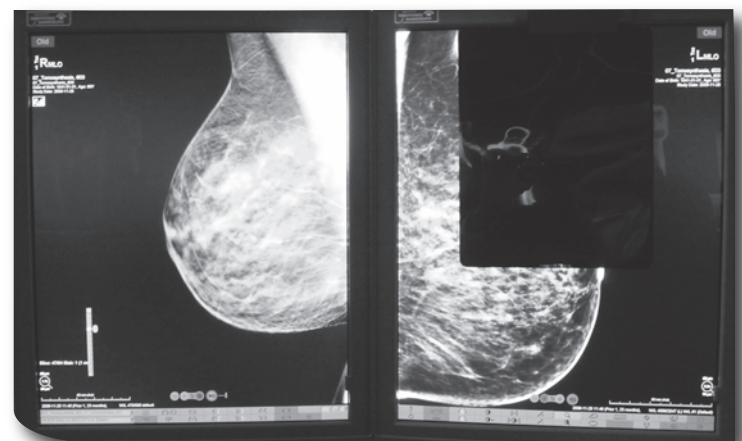
Un plan d'actions qui comporte dix priorités a été signé pour 2010-2011. Il est prolongé sur 2012. Les régimes d'assurance maladie déterminent leurs actions de gestion du risque en tenant compte des dispositions des lois de financement de la sécurité sociale, et de la convention liant l'UNCAM à l'Etat.

Le PNGR 2012 appelle quelques remarques du point de vue de l'imagerie.

### Le contrat d'objectifs entre l'Etat et l'UNCAM

Le contrat Etat UNCAM comprend cinq priorités. La mise en œuvre des actions de gestion du risque n'a pas permis, en ce qui concerne l'imagerie médicale, de progresser vers ces priorités.

- ❑ **Mieux connaître le risque santé** : il n'y a pas d'études sur les pratiques d'imagerie en urgence, en établissement public ou privé...
- ❑ **Renforcer l'accès aux soins** : la disparition de cabinets de proximité et la réduction du maillage territorial qui assure le dépistage du cancer du sein vont à l'encontre de l'objectif recherché. Il n'y a pas eu d'amélioration des délais d'attente en IRM faute d'autorisations suffisantes et en raison d'une répartition déséquilibrée entre secteurs public et privé.



- ❑ **Renforcer l'information et la prévention** : la réduction du maillage territorial, avec la disparition de cabinets de proximité, constitue un frein au dépistage du cancer du sein. Les centres hospitaliers ne peuvent assurer le relais des cabinets disparus faute de

*“La mise en œuvre des actions de gestion du risque n'a pas permis, en ce qui concerne l'imagerie médicale, de progresser vers ces priorités.”*

Dans son préambule, le PNGR 2012 indique que les « politiques de gestion du risque menées pour améliorer l'état de santé et accroître l'efficacité du système de soins se sont renforcées ». Il

précise que « ces actions de gestion du risque entendent favoriser l'accès aux soins et à la prévention ». Force est de constater qu'en matière d'imagerie médicale, les baisses successives de tarifs se sont traduites par la fermeture de plusieurs dizaines de cabinets et donc par un moindre accès à la radiologie de proximité et au dépistage du cancer du sein assuré par ces cabinets. C'est pour le moins un paradoxe étant donnée la finalité recherchée par le PNGR.

<sup>1</sup> Régime général, régime agricole, régime social des indépendants.

médecins radiologues en nombre suffisant et faute de respecter les contraintes du cahier des charges.

- ❑ **Promouvoir des prises en charges plus efficaces :** l'insuffisance des autorisations, en particulier d'IRM, ne permet pas d'assurer, pour chaque patient, la prise en charge la plus pertinente.



- ❑ **Moderniser les outils au service du système de santé :** la mise en œuvre tardive d'une réglementation sur la téléimagerie laisse à des sociétés non médicales, commerciales le champ libre au détriment d'une téléimagerie assurée par des médecins et respectant les recommandations du G4.

## Les programmes de maîtrise médicalisée en ville

Ils constituent le principal moyen d'action du PNGR. Ils passent par la rémunération sur objectifs de santé publique prévue dans la nouvelle convention médicale et par les prescriptions médicamenteuses.

La rémunération sur objectifs de santé publique poursuit trois axes majeurs :

- ❑ Le développement de la prévention (vaccination, dépistages), ce qui renvoie à la question de la disparition de cabinets de proximité.
- ❑ L'amélioration du suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle).
- ❑ L'efficacité des prescriptions (respect des recommandations, hiérarchisation des prescriptions, prescription dans le répertoire).

### Les prescriptions médicamenteuses

L'assurance maladie poursuivra ses actions de sensibilisation des prescripteurs sur le respect des recommandations pour les médicaments suivants :

- Anti-agrégants plaquettaires
- Antibiotiques
- Antihypertenseurs et IEC/ Sartans

- Anti-dépresseurs
- Anxio-hypnotiques
- Inhibiteurs de la pompe à protons
- Statines
- Anti-TNF Alpha
- Erythropoïétine

D'autres actions seront poursuivies comme le suivi des prescriptions d'arrêts de travail, des frais de transport, des actes de masso-kinésithérapie, des actes de biologie et des dispositifs médicaux.

## Les programmes d'efficience de l'offre de soins en établissement

Ces programmes s'articuleront autour de :

- ❑ L'adéquation de l'aval de l'hôpital : il s'agit des mises sous accord préalable.
- ❑ La maîtrise des prescriptions externes des établissements (explorations, rééducations, arrêts de travail).
- ❑ La pertinence des soins afin de veiller à la pertinence de l'hospitalisation et du parcours de soins du patient.
- ❑ L'accompagnement des établissements sur les données T2A.
- ❑ La correction des atypies des établissements notamment en termes d'activité et de facturation.

## Les programmes prioritaires de gestion du risque des ARS

Les priorités pour 2010 et 2011 sont poursuivies en 2012. Parmi celles-ci figure l'imagerie médicale.

- Contractualisation avec les établissements de santé en matière de prescription de transports.
- Prescriptions hospitalières de médicaments et dispositifs médicaux délivrés en ville.
- Médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus.
- Imagerie médicale.
- Chirurgie ambulatoire.
- Efficience de l'organisation et des prescriptions des EHPAD.
- Soins de suite et de réadaptation.
- Organisation de la permanence des soins ambulatoire et hospitalière.
- Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

### Imagerie médicale

Pour l'imagerie médicale, le PNGR présente des actions qui visent :

- ❑ A renforcer l'efficience du recours aux équipements, par un développement maîtrisé de l'offre et en faisant évoluer la nomenclature des actes de remnographie et de scanographie au regard de l'évolution du parc des appareils.

- ❑ A éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants et en faisant évoluer la nomenclature sur les conditions de prise en charge.

Ces actions ne permettront de rattraper qu'une petite partie du retard de la France par rapport aux autres pays européens. Elles ne permettront sans doute pas non plus de réduire les délais d'attente pour atteindre les objectifs du plan cancer.

Le PNGR indique aussi que les ARS interviennent par les autorisations d'équipements, afin de favoriser l'installation d'appareils plus efficaces et l'adéquation des équipements lourds au regard des besoins. Elles s'appuient sur le SROS-PRS, la nouvelle classification des appareils IRM et le renouvellement des autorisations.

La circulaire du 13 janvier 2012 de la DSS/CNAM (sur les adossements à une IRM polyvalente) était plus claire. Il faut en effet qu'il n'y ait aucune d'ambiguïté sur la nécessité d'accroître le parc d'IRM polyvalentes et de le compléter par des IRM ostéo-articulaires.

## Organisation de la permanence des soins ambulatoire et hospitalière

Il s'agit de structurer et d'adapter l'offre en s'appuyant sur le cahier des charges national, et entre autres, de :

- ❑ Définir les modalités de gestion des rémunérations (astreintes et régulation) ; Nombre d'ARS ne semblent pas encore prêtes à assurer la rémunération de la PDS des médecins radiologues, ce qui rien ne justifie.

## Les plans de prévention

Il s'agit de programmes découlant des lois de santé publique : prévention bucco-dentaire, dépistage organisé des cancers, vaccinations, prise en charge et prévention de l'obésité, prise en charge des patients atteints de maladies dégénératives et lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

### Dépistage organisé des cancers (sein, colo-rectal)

Les régimes d'assurance maladie continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

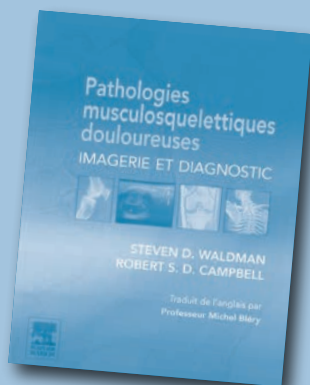
Les mesures qui conduisent à la fermeture de cabinets de radiologie de proximité vont à l'encontre de l'amélioration du taux de participation des femmes pour le dépistage du cancer du sein et de la réduction des inégalités régionales. ■

Wilfrid VINCENT  
Délégué général de la FNMR



## Lecture

### Pathologies musculosquelettiques douloureuses - Imagerie et diagnostic



**Steven D. WALDMAN, Robert S. D. CAMPBELL**

Traduit par Michel Bléry

Éditions ELSEVIER MASSON

62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Abord particulier de cet ouvrage qui se réfère à un signe clinique "la douleur". A partir de ce principe sont déclinées les différentes pathologies musculo-squelettiques s'y référant. Chaque chapitre concerne un territoire donné, un rappel anatomique général nous est fourni, chaque pathologie d'organe comprend un rappel clair de la clinique et de l'épidémiologie. Les résultats concis des examens d'imagerie sont décrits. L'iconographie est en général de bonne qualité. Cet ouvrage est intéressant par son caractère synthétique d'utilisation aisée et est d'un apport certain en amont d'une consultation livresque plus fine dans telle ou telle pathologie précise.

Docteur Jacques NINEY

## Dr Jacques FREMONT



Le **Docteur Jacques FREMONT**, médecin radiologue à Caen, nous a quittés : la foule de ses amis se pressait le 18 avril pour la cérémonie d'adieu en l'église Saint Etienne de Caen.

Au pied de l'autel de l'abbaye aux Hommes chacun regardait avec émotion une photo de Jacques Fremont, souriant à la barre de son voilier cinglant dans les embruns, sous fort vent, vers les îles anglo - normandes ...

Excellent skipper dans les courants de la Manche, Jacques Fremont le fut aussi dans le domaine radiologique, avec passion. Après les premières années à l'école de médecine de Caen, poursuivies à la faculté de médecine de Paris, il avait choisi de devenir spécialiste en "électro radiologie et radiothérapie".

De retour en Normandie, il crée son cabinet de radiologie à Caen, puis le service de radiologie de la clinique Pasteur, le Docteur François Paoli l'ayant rejoint en 1968. J'eus la grande chance de renforcer l'équipe en 1976.

Le Docteur Jacques Fremont était très actif à la "Fédération des médecins électro radiologues qualifiés" : Secrétaire du Syndicat des radiologues du Calvados de 1959 à 1984, il succéda au Docteur Jean Souron, devenant Président jusqu'en 1990. Secrétaire de l'Union régionale des radiologues de Basse Normandie de 1962 à 1986, il siégea au conseil d'administration de la FNMR, présidé par le Docteur Jacques Moinard.

L'équipe radiologique s'étant étoffée avec l'arrivée du Dr Hervé Payenneville puis du Dr François Fremont son fils, Jacques Fremont eut à cœur, bien que proche de la retraite, d'accompagner et de permettre la mutation nécessaire de l'entreprise radiologique avec l'apparition de l'échographie, du scanner, puis de l'IRM.

Ce sera le premier scanner libéral regroupant la majorité des radiologues de Basse Normandie, la fondation de la Polyclinique du Parc, enfin quelques années plus tard la première IRM privée de la région.

Nous n'oublierons jamais son attachement humaniste au patient, pour lequel il exigeait l'excellence de l'accueil et des explorations radiologiques, son humour fin et vif, qui font du Docteur Jacques Fremont un exemple qui a marqué les esprits et les cœurs.

A son épouse, madame le Docteur Geneviève Fremont, à sa famille dont notre ami le Docteur François Fremont, Secrétaire du Syndicat des radiologues du Calvados, nous adressons nos chaleureuses et amicales pensées.

Docteur Michel COURS - MACH  
Vice Président de la FNMR

## Dr Bernard LOISEAU

Nous venons d'apprendre le décès le 7 janvier 2012 du **Docteur Bernard LOISEAU**, à l'âge de 72 ans. Il était médecin radiologue retraité à VERSAILLES (78).

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



## Nathalie Arthaud

Dans le numéro 346 d'avril 2012 consacré à l'élection présidentielle, nous avons publié le courrier adressé par Jacques Niney, Président de la FNMR à l'ensemble des candidats qui comportait plusieurs questions importantes pour l'imagerie médicale et les médecins radiologues. Nous avons également publié les réponses qui nous étaient parvenues. Or, nous avons reçu, un jour seulement après l'impression de notre revue, la réponse de Nathalie Arthaud, candidate de Lutte Ouvrière, que nous publions pour votre information.

### Lutte Ouvrière



Nathalie Arthaud



Cher Monsieur,

Votre message sur la situation de l'imagerie médicale souligne lourdement l'impact que la politique menée depuis des décennies par les gouvernements successifs a eu sur la santé, et les désordres qu'elle entraîne dans la prise en charge des patients. Je partage donc pleinement votre préoccupation, et celle de vos collègues. L'extraordinaire développement de l'imagerie médicale a bouleversé le diagnostic et le suivi des patients dans la quasi-totalité des pathologies. La combinaison de ces technologies avec la télémédecine est à l'évidence un nouvel enjeu. En priver les malades est tout simplement criminel. Et pourtant, c'est bien à cela que conduit la pénurie des moyens, humains et matériels, que les gouvernements ont organisée, dans l'imagerie médicale comme dans tous les secteurs de la santé.

Le plus récent avatar de ces politiques est la loi HPST. Elle a été concoctée dans le but très précis de réaliser des économies sur la couverture médicale de la population comme sur les personnels de santé. Depuis la mise en œuvre de toutes ces mesures anti-sociales, les protestations se sont multipliées contre les conséquences qui ont été immédiatement visibles de l'application d'une logique strictement financière dans la médecine et la santé. Des villes entières se sont mobilisées contre la dégradation brutale du service public de santé organisée par des Agences Régionales toutes puissantes, agissant sans aucune considération des conséquences sociales et médicales des décisions purement comptables qu'elles prennent. Votre message en est clairement un écho et vous avez parfaitement raison de

souligner que le maillage territorial en imagerie est indispensable, comme l'est en général celui que doivent assurer les praticiens, médecins et personnels paramédicaux, les hôpitaux de proximité, les centres hospitaliers régionaux et les CHU.

Les personnels comme les malades souffrent chaque jour de ces carences dont les effets se dévoilent cruellement, alors même que l'on pourrait former et embaucher très rapidement des dizaines de milliers de nouveaux personnels non médicaux parmi les millions d'hommes et de femmes qui n'ont pas aujourd'hui de travail, et que des milliers de jeunes ne rêvent que d'assouvir leur vocation humaniste dans la médecine, ce que leur interdit le goulet d'étranglement à l'étroitesse volontairement calculée dans un but strictement comptable à l'entrée dans les facultés de médecine.

Il est courant parmi les politiciens qui se succèdent à la tête du pays depuis des décennies de parler de la santé comme d'un « coût ». Cela est parfaitement aberrant car c'est au contraire un bien collectif commun, dont la préservation et la promotion devraient être une priorité absolue, de la même façon que devraient l'être l'éducation ou le logement. Pour parvenir à cette remise en ordre des priorités, on ne peut toutefois compter sur les bulletins de vote. La pression financière qui s'exerce sur les gouvernements aboutit systématiquement, s'il n'existe pas de contre-pression plus forte venant des utilisateurs du système, patients et personnels unis, à des mesures de restriction des moyens et à des taxes qui touchent l'ensemble de la population. L'imagerie médicale grève les budgets, entend-on, mais qui fait le compte de l'immense bénéfice social de ces pratiques, des maladies dépistées, des patients sauvés, des handicaps évités... Ce n'est que par une lutte collective déterminée que nous pourrions réussir à imposer un changement complet d'optique, qui mette enfin réellement les patients et les personnels au cœur du dispositif et leur accordent les moyens de le développer. Les spécialistes que vous êtes ont leur pleine place dans ce combat, au côté des personnels et de la population toute entière.

Veuillez croire, Monsieur, à l'expression de mes salutations distinguées. ■

Une candidate communiste à l'élection présidentielle  
**Nathalie ARTHAUD**  
Porte-parole de LUTTE OUVRIÈRE

« Ce ne sont pas les travailleurs qui ont creusé la dette. Ce n'est pas à eux de la payer ! »

Rechercher sur ce site :

Contactez l'équipe de campagne de Nathalie Arthaud : [contact@lutte-ouvriere.org](mailto:contact@lutte-ouvriere.org)



Injecteur automatique unique pour scanner

# CT Exprès™ 3D

Le seul injecteur à 3 voies sans seringue pour une productivité optimale



## Sécurité

- **Unidirectionnel**, éliminant tout risque de rétrocontamination et contamination croisée.
- Détecteur d'air sur la ligne Patient.
- Détection d'occlusion.
- Set patient à usage unique.
- Ringage automatique des axes veineux à la fin de chaque injection.
- Bolus pulsé pour optimiser la quantité de PdlC injectée.
- Asepsie renforcée, pas de transfert de PdlC (injection directe à partir du flacon de PdlC).



## Simplicité

- **Prêt en quelques secondes.**
- Verrouillage et purge automatiques de la ligne patient.
- Manipulations simplifiées, sans seringue, injection à partir de tous types de flacons de PdlC.
- 3<sup>es</sup> voie pour le NaCl toujours disponible.



## Rapidité

- **2 voies** d'injection pour 2 patients consécutifs + 1 voie NaCl disponible à tout moment.
- Changement en un seul clic : pas de transfert du PdlC du flacon à la seringue.
- Interface utilisateur ergonomique.
- Non captif, compatible tous types de PdlC (flacons verre, plastique et poches, de 50 à 200 ml).

Swiss Medical Care 

a Bracco Group company

[www.swissmedcare.com](http://www.swissmedcare.com)



LIFE FROM INSIDE



## Les dépenses de l'assurance maladie : février 2012

Nouveau mois de croissance élevée en février avec 6% pour l'ensemble des dépenses.

Les soins de ville enregistrent la progression la moins forte avec 5,2%. En revanche, la progression des versements aux établissements publics est de 8% et celle aux établissements privés de 7%.

Dans l'agrégat des soins de ville, la plupart des postes suivent la tendance avec une croissance plus modérée que le mois précédent à l'exception des consultations et des FT d'IRM en très légère augmentation.

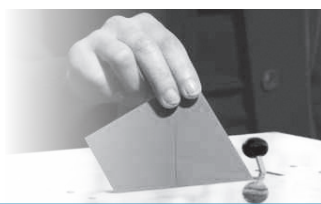
Les forfaits de scanner progressent de 0,4% contre 0,7% en janvier. ■

### Dépenses de l'assurance maladie - février 2012 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Février en €	Février en %
Consultations	1 008 034	0,5%
Visites	142 156	-0,7%
Actes Techniques (*)	1 036 907	4,9%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	145 228	11,2%
Dont scanner	58 592	0,4%
Dont IRM	76 058	17,6%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	2 941 376	3,4%
Total prescriptions	7 396 667	6,0%
<b>Total soins de ville</b>	<b>10 415 810</b>	<b>5,2%</b>
<b>Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public</b>	<b>9 388 783</b>	<b>8,0%</b>
<b>Total versements aux établissements sanitaires privés</b>	<b>1 731 281</b>	<b>7,0%</b>
<b>Total prestations médico-sociales</b>	<b>2 463 304</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total statistique mensuelle des dépenses</b>	<b>25 949 075</b>	<b>6,0%</b>

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

## Vie fédérale



### CALVADOS

Suite aux élections du syndicat du Calvados du 10 avril 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	<b>Dr Philippe MORIN</b> (Bayeux)
Président honoraire :	<b>Dr Michel COURS-MACH</b> (Caen)
Vice Présidents :	<b>Dr Bertrand CHALLINE</b> (Caen) <b>Dr Fabrice MALHERBE</b> (Caen)
Secrétaire :	<b>Dr François FREMONT</b> (Caen)
Trésorier :	<b>Dr François CHAVATTE</b> (Lisieux)

## PICARDIE

Union régionale de Picardie a procédé au renouvellement de son Bureau le 19 avril 2012 sa composition est la suivante :

Président : **Dr Thierry CHAMBON** (Compiègne-60)

Vice Président : **Dr Philippe LEFLOT** (Amiens-80)

Secrétaire général : **Dr Michel GIRAULT** (Soissons-02)



Union régionale de Picardie a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 19 avril 2012

Titulaires : **Dr Thierry CHAMBON** (Compiègne-60)

**Dr Patrick MILON** (Château Thierry-02)

Suppléants : **Dr Peter PETROW** (Compiègne-60)

**Dr Michel GIRAULT** (Soissons-02)



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

*et aussi...*

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



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

# POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

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

**Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : pmfr@wanadoo.fr**



## CESSIONS ASSOCIATIONS

### Offres

**10076 01** – Ferney Voltaire, proche Genève, cause départ, cherche successeur pour SELARL 5 radiol., large accès TDM et IRM.

› Contact : Dr Corinne METENIER.  
Tél. : 06.76.60.07.85.

**10077 02** – Chauny, 1h30 de Paris, cherch. successeur SELARL 4 radiol., TDM, IRM, radio numérique, mammo. plein champ, possibilité doppler. Activité : 3.75 j/semaine, vacances : 10 à 12 semaines.

› Contact : Dr Jean Luc RASSCHAERT  
Tél. : 06.20.68.25.00 ou  
Email : rasschaertjluc@aol.com.

**10078 06** – Groupe 4 radiol. SELARL rech 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

**10079 06** – Cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville Côte d'Azur. Multiples accès scan et IRM.  
› Email : azur.0606@live.fr

**10080 06** – Nice, cabinet de radiologie, 2 associés, cherche remplaçant, cause retraite.  
› Tél. : 06.82.14.61.91.

**10081 09** – Groupement de 2 radiologues à Pamiers (proximité Toulouse), cherch. nouvel assoc. : radio, scanner, IRM. Possibilité de développer des vacations d'interventionnel.  
› Tél. : 06.21.86.25.61. ou  
Email : rotter.alain@gmail.com.

**10082 22** – Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.  
› Tél. : 02.96.33.73.00.

**10083 38** – Sud Lyon, groupe de 12 médecins radiol., en pleine expansion, 1 scanner et 2 IRM, cherche associé.

› Contact : Madame DREVET  
Tél. : 04.74.31.87.70. (sauf mercredi)  
Email : cd@gimir.com.

**10084 40** – Sud-ouest - Mont de Marsan. Cause santé cède parts SEL, 4 assoc. cabinet numérisé, scanner privé, accès IRM.

› Tél. : 05.58.46.01.00/06.28.72.12.92.

**10085 47** – Proche Bordeaux. Cède cab. pour 2 ou 3 radiologues accès scanner et IRM, plateau technique complet.

› Tél. : 06.64.63.78.78.

**10086 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.

**10087 65** – Sud-Ouest (Pau-Tarbes) : cause retraite, cède parts dans association de 3 radiol., num., écho., mammographe numérique, console diag. haute déf., 3 jours hebdo. Scanner, IRM. Pas de garde.

› Tél. : 05.59.81.95.29. – 06.21.47.91.74.

**10088 67** – Strasbourg - 50 km nord ouest, cède cab. avec accès scanner et IRM sans garde, plateau technique complet et récent, convient à 1 ou 2 radiologues.

› Tél. : 06.26.03.22.44.

**10089 68** – Cherc. 5<sup>ème</sup> assoc. dans une SELARL avec accès 2 scanners, 2 IRM. Association si possible ACCA.

› Tél. : 06.87.17.44.10.

**10090 75** – 19<sup>ème</sup>, cherch. 3<sup>ème</sup> associé pour cab. de ville. Rx conventionnelle numérisée, mammo. numérisée plein champ, 3 appareils, echo, scanner et plusieurs vacations d'IRM. Pas astreinte, ni de garde.

› Email : thibautbalme@gmail.com.

**10091 83** – Var (Golfe de Saint-Tropez) : cède parts dans association SCM/SDF. 2 cab. de ville et 1 pôle santé (clinique + hôpital) ou TDM avec PACS carestream. Large accès à l'IRM. Travail à temps partiel.

› Tél. : 06.11.08.35.84.

Email : julien.puget.83@gmail.com.

**10092 83** – Toulon - Vends ½ ou part entière dans groupe de 18 radiol. Large accès TDM et IRM dans plusieurs cliniques.

› Contact : 06.64.62.29.96. ou

Email : xavierdageville@yahoo.fr.

**10093 84** – Région Sud-Est, Cavaillon, cause retraite cherche successeur associé(e). Radio conv (4 sites) + TDM + IRM. Expansion possible, 6 praticiens tps plein, 4 jours par semaine.

› Contact : Dr Pierre BRUN

Tél. : 06.80.13.70.38. ou

Email : brunpie@wanadoo.fr

## DIVERS

**10094 94** – Cherche vieux échographes pour pièces.

› Email : medirad@msn.com.

Le Médecin  
Radiologue  
de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY  
Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE  
Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €  
Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15  
www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org  
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

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