

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 486 MARS 2025

Le journal de la



DÉPENSES DE SANTÉ

Parlons prévention
et pertinence !

GRAND TÉMOIN

Pierre Dubois
(Toulouse School of Economics)

PLFSS 2025

Retour
à la case départ



IMAGINONS l'imagerie

LES PATIENTS

N'imaginent pas à quel point l'imagerie a évolué,
depuis l'époque du film et du négatoscope

NOS POLITIQUES

Eux non plus, n'imaginent pas le rôle décisif que joue l'imagerie
dans notre système de santé

LES RADIOLOGUES

Eux mêmes ont du mal à imaginer l'imagerie de demain,
tant notre discipline est dynamique

EN 2025, LA MISSION QUE SE FIXE LA FNMR EST D'IMAGINER L'IMAGERIE

Une imagerie d'excellence, accessible à tous grâce au maillage
des 4 000 médecins radiologues libéraux implantés sur tout le territoire

ENSEMBLE IMAGINONS L'IMAGERIE !



IA et PLFSS : l'incohérence française !



CE PLFSS, PAR SON ARTICLE 15, DEMANDE 300 MILLIONS DE BAISSSES SUR LA RADIOLOGIE, ENTRE AUTRES !

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Au moment où le sommet européen sur l'intelligence artificielle se réunissait, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) était imposé à l'Assemblée nationale par l'application de l'article 49.3.

Ce PLFSS, par son article 15 demande 300 millions de baisses sur la radiologie, entre autres !

L'utilisation des logiciels d'intelligence artificielle (IA), de plus en plus indispensable, nécessite des moyens financiers notamment pour les implémenter dans nos structures. Le business model de l'IA en France est toujours le même : facturation à l'acte pour un coût entre 0,5 et 2,5 €. Ce montant s'ajoute aux 70%, en moyenne, de frais que nous avons sur la réalisation de nos examens.

Une centaine d'actes de radiologie, dont l'interprétation du scanner, ont une valeur inférieure à la consultation d'un généraliste. Comment peut-on imaginer une seconde que les radiologues puissent investir dans ces outils ?

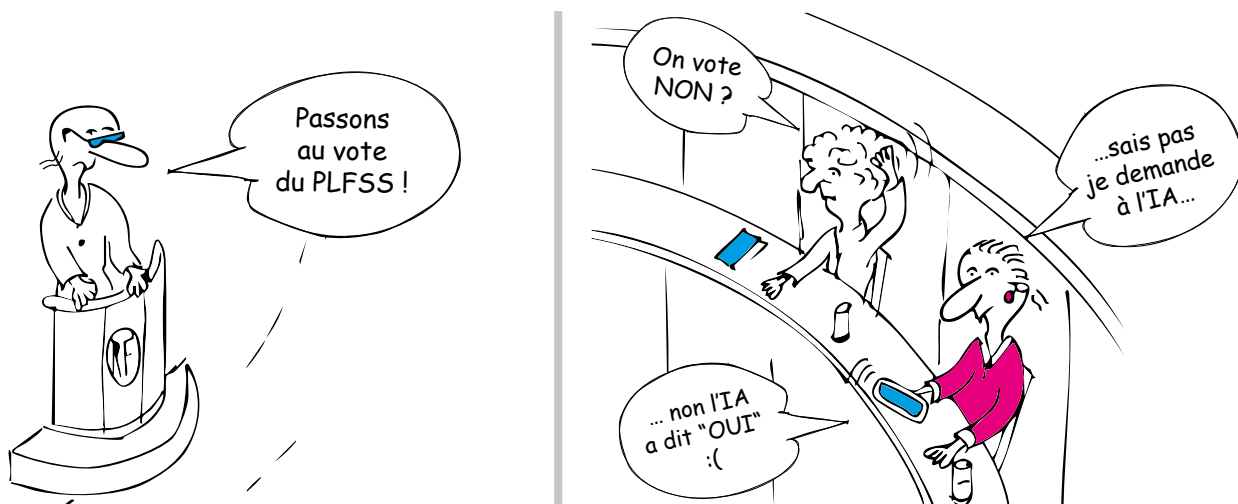
Cher M. Macron, les radiologues ne pourront pas suivre vos recommandations...

Le PLFSS "donne", en outre, plus d'un milliard supplémentaire aux hôpitaux. En sachant qu'ils ne réalisent que 40 % de l'activité médicale (et 30 % en radiologie), comment peut-on justifier alors la baisse des honoraires en médecine libérale et en radiologie en particulier ? Est-ce à la médecine libérale de financer les déficits du secteur public ?

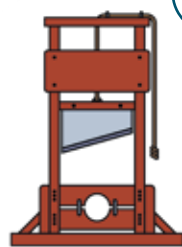
Malgré toute leur volonté de proposer les meilleurs équipements à leurs patients, les radiologues, qui, déjà, ne peuvent plus acheter les équipements les plus avancés - le marché français de l'imagerie étant d'après les industriels celui d'un pays émergent comme l'Inde avec des gammes moyennes - vont voir s'accroître le retard technologique au détriment des patients.

Grandeur et décadence : telle va être la situation de la radiologie française !

.....
Grandeur et décadence : telle va être la situation de la radiologie française !



**PLFSS 2025 :
Retour à la case
départ**
ACTUALITÉS



6

8



**Pierre Dubois,
économiste :
« La situation
budgétaire impose des
choix critiques »**
GRAND TÉMOIN

11

**Dr Eric
Chevallier : un
médecin tout
terrain !**

PORTRAIT



14



**DREES : revenus
des médecins
libéraux**
ÉCONOMIE

**Le Médecin
Radiologue
libéral**

NUMÉRO **486** MARS 2025

3 Édito

5 Brèves

12 Médecins radiologues :
statistiques sur la Bretagne 2023

17 Financiarisation : causes, conséquences
et propositions

20 Cotisations médecins : réforme de l'assiette sociale

22 CA FNMR : PLFSS, l'article 15 pour contourner
la convention ?

28 CA FNMR : Actualité réglementaire

30 Petites annonces

32 Vie syndicale

33 Loisirs

34 Endométriose : enjeux et formation
pour les radiologues

Annonces : FORCOMED p. 7-21-31 – Labelix p. 27

Directeur de la publication
Dr Jean-Philippe MASSON

Rédacteur en chef
Dr Paul-Marie BLAYAC

Secrétaire de rédaction
Wilfrid VINCENT

Président
Dr Jean-Philippe MASSON

Responsable de la publicité
Dr Éric CHAVIGNY

Conception maquette
Rive Communication

Maquette
Rive Communication

Crédits photos
iStockphoto

**Édition, secrétariat, publicité
rédaction, Petites annonces**
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 5 000 €
Tél. : 01 53 59 34 00
www.fnmr.org – E-mail : ediradio@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Imprimerie Decombat
5 bis rue Gustave Eiffel – 15000 AURILLAC
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022
ISSN 3073-5343

DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

Le projet Impulsion, programme pilote du dépistage du cancer du poumon, a été retenu par l'INCa. Il débutera au 2^e semestre 2025 et inclura 20 000 fumeurs ou anciens fumeurs de 50 à 74 ans. La Société d'Imagerie Thoracique recrutera les structures radiologiques participantes. Un dossier de candidature sera adressé aux radiologues ayant déjà effectué la formation au dépistage (SFR-Forcomed).

Le programme est piloté par les Prs Marie-Pierre Revel, radiologue, et Sébastien Couraud, pneumologue.

(Communiqué de la SFR du 14/02/2025 :

fnmr.fr/projet-impulsion-depistage-du-cancer-du-poumon)



MANIPULATEUR RADIO EN PRATIQUE AVANCÉE

L'ANAP a repéré 34 métiers qui émergent avec l'IA, la robotisation, ... dont le manipulateur radio en pratique avancée qui se développe aux Etats-Unis. Les manipulateurs effectuent déjà des échographies aux Etats-Unis.



En France, le décret (n° 2016-1672 du 5/12/2016) relatif aux actes et activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale régit la profession et n'autorise le manipulateur qu'à l'acquisition des images, sans possibilité ni de diagnostic ni d'interprétation.

(Panorama des métiers en émergence – ANAP – Janvier 2025 – www.anap.fr/s/article/metiers-emergents-etablissements-sante)

MON ESPACE SANTÉ

2,5 millions d'utilisateurs tous les mois.

97 % des assurés ont un carnet de santé numérique et 17 millions l'ont déjà utilisé. L'application mobile a été téléchargée 5 millions de fois.

En 2024, 300 millions de documents ont été déposés dans ce carnet. 2/3 des Français ont reçu au moins un document dans MES : 117 M d'examens de biologie, 69 M de prescriptions de médicaments, 26 M de comptes rendus d'imagerie. 67 000 médecins (hors radiologie) ont déposé des documents mais aussi 17 000 pharmacies, 263 groupements de laboratoires de biologie, plus de la moitié des radiologues libéraux, 3 700 établissements de santé, plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux.

Le Ségur numérique se poursuit, avec la vague 2 de mise à jour des logiciels qui permettra au cours des deux prochaines années aux professionnels de consulter directement l'information médicale dans MES. Après l'hôpital en 2024, les dispositifs dédiés à l'imagerie et à la médecine de ville seront lancés courant février 2025.



LA STRATÉGIE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN SANTE

Lancement de la 3^e

étape de la stratégie d'IA qui repose sur 4 priorités : renforcer nos infrastructures de calcul et les maillons critiques de la chaîne de valeur de l'IA, former et attirer les talents de l'IA, accélérer les usages de l'IA, se donner les moyens de bâtir l'IA de confiance.

En santé, trois axes sont retenus :

Un campus dédié, Paris Santé Campus, qui fédèrera l'ensemble des acteurs autour d'un projet IA Santé Campus.

Dans le domaine de la formation, dès la rentrée universitaire 2025, la formation au numérique intégrant l'IA "est rendue obligatoire dans le premier cycle des études de santé". 119 millions d'euros (M€) sont investis pour former 500 000 professionnels en cinq ans, du personnel médical, paramédical et social aux ingénieurs en santé numérique.

Faire de la commande publique "un outil de soutien au secteur français de l'IA" dans le but de garantir la souveraineté économique.

LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN DÉFICIT

Malgré une activité en progression, les centres Unicancer terminent 2024 avec un déficit cumulé de 14 M€. 11 centres sur 18 sont en déficit.

Lors d'une conférence de presse, le président d'Unicancer, le Pr Jean-Yves Blay, a souligné l'intérêt du modèle des CLCC qui mettent le médical au cœur du pilotage là où l'hôpital est parfois trop administré. Mais pour le président, l'inflation et le décalage entre l'évolution des recettes et des dépenses est "préoccupant".

PR MARIE-PIERRE REVEL ÉLUE A ESR

Le Pr Marie-Pierre Revel élue au poste de Présidente de la commission Communication et Affaires Extérieures (ESR Communication and External Affairs Committee). Le Pr Revel est spécialiste d'imagerie thoracique, chef de service de l'hôpital Cochin. La FNMR lui adresse toutes ses félicitations.



PLFSS 2025

Retour à la case départ

Le budget de la Sécurité sociale a finalement été adopté par le Parlement. Malgré les revendications et les propositions de la FNMR, les articles 15 et 16 n'ont pas été réécrits. Six mois après la présentation du texte initial, le problème reste entier pour les radiologues libéraux qui refusent de se voir dicter leur avenir par les pouvoirs publics.

La loi de finances est adoptée, la loi de financement de la Sécurité sociale également, mais que ce fut dur ! En dépit des quatre motions de censure déposées contre le gouvernement Bayrou, qui a imposé ses choix par le biais de l'article 49.3, le vote du Parlement acte la fin d'un périple législatif inédit dans l'histoire de la Ve République. Conformément aux annonces effectuées par le Premier ministre, lors de sa déclaration de politique générale, l'ONDAM augmentera de 3,4 % en 2025... et atteindra près de 266 milliards d'euros. Autre caractéristique notable : le sous-Ondam hospitalier a, lui aussi, été relevé. Ces "avancées" seront toutefois contrebalancées par des "coups de rabot budgétaires". Outre un effort supplémentaire sur les médicaments, une baisse du plafond des indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie en cas d'arrêt de travail ou encore la poursuite de la lutte contre la fraude, ce nouveau plan prévoit une maîtrise renforcée des dépenses de radiologie, de biologie et de transports sanitaires par les taxis conventionnés, après accords avec les professions concernées. Toutes mesures confondues, les économies programmées doivent notamment permettre de contenir le déficit de la branche maladie qui était de 15,3 milliards d'euros fin 2024.

→ STATU QUO POUR LES RADIOLOGUES...

Sauf avis contraire du Conseil constitutionnel, les radiologues libéraux n'obtiendront pas gain de cause. Malgré les revendications et les propositions formulées par leur instance représentative, les articles 15 et 16 n'ont jamais été réécrits. « Il est question d'imposer au moins trois cents millions d'euros de baisses tarifaires sur la radiologie privée et de donner un milliard de crédits aux établissements hospitaliers. Pourquoi la médecine libérale devrait-elle financer le déficit du secteur public ? », dénonce Jean-Philippe Masson, président de la Fédération nationale des médecins radiologues, qui pointe également la « lourde charge administrative » représentée par la justification des prescriptions dites « particulièrement coûteuses ou à fort risque de mésusage ». Une nouvelle « usine à gaz » dont les autorités ont le secret, insiste-t-il.

Farouchement opposée au principe des coupes tarifaires unilatérales et débridées, la FNMR propose un plan de pertinence des dépenses radiologiques qui respectent

deux impératifs majeurs : soutenir les recrutements et le financement des équipements technologiques, ce que le coût de la pratique ne permet plus avec un niveau de rémunération de plus en plus contraint, mais aussi préserver un accès équitable et durable aux actes et aux examens d'imagerie. Un double enjeu qui implique concertation et décision partagée entre la profession et les tutelles. Six mois après le début des discussions parlementaires, le problème reste entier pour les radiologues libéraux qui refusent de se voir dicter leur avenir par les pouvoirs publics. ●

Jonathan ICART

NB : toutes branches confondues, les dépenses de la Sécurité sociale devrait dépasser la barre des 666 milliards d'euros en 2025. Son déficit atteindrait 22,1 milliards, contre 18,2 milliards en 2024.

DEUX ARTICLES PROBLÉMATIQUES

Article 15 : « (...) Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent demander aux parties concernées de conclure un accord de maîtrise des dépenses dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. (...) En l'absence de conclusion, au 30 septembre 2025, d'un accord sur les dépenses d'imagerie médicale permettant de réaliser un montant d'au moins 300 millions d'euros d'économies au cours des années 2025 à 2027, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder jusqu'au 31 octobre 2025 à des baisses de tarifs des actes d'imagerie permettant d'atteindre ce montant d'économies. »

Article 16 : « (...) La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue ou d'un transport de patient peut être subordonnée, lorsqu'elle est particulièrement coûteuse pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, établi par le prescripteur. (...) Aux fins d'établir le document, le prescripteur communique, dans des conditions précisées par voie réglementaire permettant le recours à un téléservice spécifique, des éléments permettant de vérifier s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou si sa prescription respect le cadre de ces indications. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical. »

QUIZ

L'ENDOMÉTRIOSE

- ☐ Pas besoin, je suis au point
- ☐ Je fais le quiz pour vérifier
- ☐ J'ai besoin d'une mise à jour

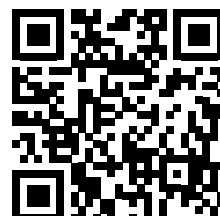
• **Quelle est la prévalence de l'endométriose parmi les femmes en âge de procréer :**

- A. 2 à 5 %
- B. 5 à 10 %
- C. 15 à 20 %
- D. 30 à 40 %

• **Parmi ces localisations d'endométriose profonde laquelle est la plus fréquente :**

- A. Rectum
- B. Vagin
- C. Ligaments utéro-sacrés
- D. Torus
- E. Vessie
- F. Uretere

Participez au Quiz



« La situation budgétaire impose des choix critiques »

Dans un contexte politique et budgétaire très incertain, Pierre Dubois identifie des gisements d'économies qui permettront de financer les nécessaires transformations du système de santé. Il préconise également une gestion pluriannuelle de la dépense publique, afin de sanctuariser des budgets pour des investissements d'avenir, notamment dans les champs stratégiques de la prévention et de l'innovation.

→ Prévention, pertinence, bon usage... Quelles sont les principales pistes d'économies réalisables sur les dépenses de santé ?

Malgré les annonces et les promesses, la prévention reste un vœu pieux. Dans une conjoncture aggravée par le vieillissement, la chronicité et la pénurie, prévenir la maladie et ses complications devient un enjeu sanitaire... et budgétaire. La dégradation continue du déficit et de la dette du pays impose des choix critiques. La collectivité ne peut plus se priver de ce volant d'économies relativement accessibles. La lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme ou encore la mauvaise alimentation ne nécessite pas des investissements conséquents. Elle exige cependant une forme de courage politique pour réguler et taxer les produits concernés, ce qui pourrait même apporter des recettes supplémentaires pour la Sécurité sociale. Le premier défi sera de mieux informer et de mieux sensibiliser les usagers, mais aussi de mieux coordonner les actions des professionnels de santé pour réduire, sinon retarder, les complications de la maladie et les comorbidités associées. La responsabilisation financière des individus sera également un enjeu majeur.

→ Quelles seraient les modalités de cette participation financière ?

Il faut inciter les assurés à respecter les vaccinations et les dépistages recommandés en pénalisant financièrement le manque d'adhérence aux recommandations, par exemple avec un moindre remboursement sur leurs soins courants, car ces comportements non vertueux entraînent des dépenses et des contraintes systémiques importantes. Toute personne suivant les recommandations de dépistage

PIERRE DUBOIS,
Professeur de sciences économiques à la TSE¹ de l'Université de Toulouse 1 Capitole



et de vaccination de son médecin ne se verrait donc infliger aucun changement dans sa couverture. Cette politique de prévention élargie sous-tend naturellement une éducation circonstanciée, idéalement dispensée dès le plus jeune âge, ne serait-ce que pour favoriser un juste recours aux services de santé. Elle suppose également un renforcement des politiques de prévention et de dépistage. Celui du cancer du poumon devrait, par exemple, être rapidement généralisé et complété par des dispositifs d'aide au sevrage tabagique pour réduire les coûts économiques, sociaux et humains du tabac. Simples, efficaces et politiquement acceptables, ces mesures de bon sens permettraient de réaliser de solides

¹ Toulouse School of Economics - TSE

économies sans fragiliser les socles nationaux de protection sociale, ni heurter les valeurs solidaires et égalitaires de notre pacte républicain. Une chose est sûre : ne rien faire coûtera plus cher !

→ La pertinence des dépenses de santé est questionnée par de nombreux économistes. Quels sont les grands enjeux en la matière ?

Il faut impérativement améliorer l'intégration des parcours de soins et la coordination des professionnels de santé pour gagner en efficience et en efficacité. Un partage total des informations entre patients et soignants sera la clef de voûte de cette transformation qui implique de généraliser et de rendre obligatoire le recours au dossier médical partagé. Cet outil permettrait de réguler les consultations et les passages aux urgences superflus, de limiter les actes et les examens redondants ou inutiles, et de réduire les accidents et les complications qui se traduisent bien souvent par des hospitalisations évitables et coûteuses. Certaines conditions sont toutefois posées, notamment sur le plan technique, avec une interopérabilité totale des systèmes de communication et des compétences renforcées dans le domaine de la cybersécurité. La confiance des usagers nécessitera une sécurisation et une anonymisation des données de santé sans réidentification possible. Ces recommandations valent pour le développement des solutions numériques, mais aussi pour celles qui embarquent de l'intelligence artificielle.

→ Prescriptive ou générative, l'intelligence artificielle peut-elle rationaliser les organisations et les pratiques, et donc générer des économies supplémentaires ?

L'intelligence artificielle va incontestablement rationaliser les activités de soins et les parcours de santé avec de sérieux gains de productivité à la clef. Elle pourrait notamment favoriser l'indispensable interopérabilité entre les systèmes informatiques qui demeure un défi complexe. Elle pourrait également optimiser les organisations et les pratiques professionnelles. Les logiciels de prescription et les diagnostics médicaux vont devenir de plus en plus précis, rapides et efficaces, en particulier dans le secteur de la radiologie, qui fait partie des spécialités médicales les plus avancées dans ce domaine. L'intelligence artificielle va considérablement réduire les erreurs humaines, mais aussi libérer un temps précieux, avec la perspective de prendre en charge davantage de patients. Les radiologues pourront plus facilement déléguer certaines tâches aux manipulateurs, et ainsi se concentrer sur les cas les plus complexes. Le processus de transformation décrit nécessitera cependant des investissements conséquents pour financer ces équipements onéreux, et une formation détaillée pour accompagner cette transition et maîtriser ces nouveaux outils.

→ Les économies réalisées devraient-elles être systématiquement réinvesties dans les secteurs les plus fragiles de l'offre de soins ?

Il ne faut pas forcément lier des économies réalisées à d'autres investissements. La situation budgétaire impose des économies, notamment sur les actes

médicaux redondants, pour assainir les finances publiques. Personne ne le conteste. D'autre part, certains investissements sont indispensables, en particulier dans des secteurs délaissés comme la pédiatrie, la gériatrie ou la psychiatrie, pour améliorer la qualité des soins et éviter des dépenses supplémentaires sur le long terme. La formation des professionnels de santé participe de cette même logique. Dans un schéma économique rationnel, ces deux approches doivent co-exister de manière indépendante, ce qui induit une forme de pluriannualité dans la gestion des dépenses de santé, notamment sur le volet de la prévention, qui nécessite des investissements importants dont la rentabilité ne sera pas immédiate. Il manque une vision stratégique pérenne et des outils budgétaires adaptés pour moderniser l'organisation sanitaire.

CHARGES ET PRODUITS : LE PLAN D'ÉCONOMIES DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans son dernier rapport Charges et produits*, l'Assurance maladie formulait trente propositions concrètes pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Cette feuille de route devait permettre de dégager 1,56 milliard d'euros en 2025... sans pénaliser l'accès aux droits et aux soins. Trois grandes pistes étaient privilégiées par les auteurs de ce document : la pertinence et l'efficience des soins (1,06 Md€), la lutte contre les fraudes et les abus (420 M€) et la prise en charge des pathologies chroniques (80 M€). Parmi les leviers d'action envisagés, l'Assurance maladie plaidait notamment pour un renforcement des politiques de prévention, une optimisation des parcours de soins, un recours favorisé aux innovations, mais aussi une sobriété élargie à tous les niveaux pour réduire le gaspillage et assurer le juste soin.

Pour faire baisser la facture des dépenses remboursées, l'Assurance maladie comptait plus particulièrement sur les quinze programmes d'actions partagés de pertinence et de qualité des soins issus de la convention médicale signée en juin dernier, qui prévoit notamment une réduction des prescriptions de médicaments, d'arrêts maladie, de transports sanitaires ou d'actes d'imagerie et de biologie non nécessaires. Seule certitude : les propositions de l'Assurance maladie et le nouvel accord conventionnel mais plus encore la lettre de mission pour l'IGAS/ l'IGS ont très largement inspiré les articles 15 et 16 du PLFSS 2025 qui, outre une charge administrative supplémentaire pour justifier les prescriptions « particulièrement coûteuses ou à fort risque de mésusage », se traduiront par 300 millions d'euros de baisses tarifaires pour les radiologues libéraux.

* « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2025 », rapport Charges et produits (juillet 2024).

→ Comment basculer vers une pluriannualité des dépenses de santé ?

Il faut dépasser la règle de l'annualité budgétaire qui interdit toute forme de planification ou de programmation sur le temps long. La composition et la productivité de la dépense doivent être appréciées plus finement dans les mécanismes de régulation. Au-delà des coûts associés, les dépistages du cancer et les transports sanitaires ne devraient par exemple pas être appréhendés de la même manière dans le budget de la santé. Il convient certainement de distinguer les dépenses courantes et les dépenses structurelles, que ce soit dans les champs de la prévention ou de l'innovation, qui produiront des économies ultérieurement. Pourquoi ne pas les sortir de l'ONDAM² et sanctuariser des budgets pluriannuels pour amortir ces investissements d'avenir dans la durée ? Cette forme de régulation binaire permettrait de mieux ventiler les ressources disponibles dans un périmètre économique contraint. Elle permettrait surtout de moderniser le système de santé sans grever les finances publiques.

→ Quelles sont les conditions de cette transformation, notamment dans le secteur de la radiologie ?

La stabilité politique sera un paramètre déterminant dans la conduite du changement. Le respect des engagements entre les partenaires conventionnels aussi, notamment dans un secteur dynamique comme celui de la radiologie, où les coûts des équipements sont de plus en plus élevés pour des raisons technologiques. Il devient urgent de définir des paquets macro-économiques qui garantissent une grille tarifaire et une volumétrie des actes adaptées pour répondre aux besoins de la population. Ces « contrats » devraient être idéalement signés pour une période de cinq ans, soit un temps suffisamment long pour planifier les stratégies d'investissement, avec des clauses de revoyure intermédiaires. Le niveau de rémunération des radiologues ne leur permet pas de proposer des rendez-vous dans des délais raisonnables, ni de jouer pleinement leur rôle dans le dépistage organisé du cancer du sein, dont les résultats sont très loin des objectifs fixés dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Ce sous-investissement chronique fait aussi le lit de la financiarisation avec des conséquences qui pourraient être dramatiques en termes de santé publique.

→ La radiologie est un centre de coûts importants, mais aussi un puissant levier d'économies systémiques, notamment permises par le progrès technique et technologique. Comment optimiser cette ressource médicale essentielle ?

La radiologie occupe une place centrale dans le système de santé qui doit cependant être renforcée pour garantir un accès équitable et durable aux actes et aux examens essentiels, ce que le nombre de machines disponibles, notamment en ville, ne facilite pas. Outre une augmentation des seuils de matériels lourds autorisés dans les zones sous-dotées, les pouvoirs publics devront limiter les baisses tarifaires et les dispositifs contraignants pour favoriser les recrutements et les investissements,

notamment technologiques, qui leur permettront de gagner en précision et en rapidité, non sans compenser le manque de radiologues et surtout de manipulateurs. Ces évolutions passeront notamment par des protocoles de qualité et de pertinence dans le champ conventionnel, mais aussi par des subventions publiques pour financer les équipements onéreux, en particulier dans les territoires les plus isolés. Il en résultera des économies systémiques conséquentes via la diminution des complications et des hospitalisations dues aux retards de diagnostic et de prise en charge, faute de ressources suffisantes.

→ Dans un contexte marqué par la hausse et la complexification de la demande de soins, quels sont les chantiers prioritaires ?

Les statistiques sont formelles : les transitions démographiques et épidémiologiques vont entraîner une hausse significative des besoins de santé que les professionnels en activité ne pourront pas absorber. Il faut donc former plus de soignants, que ce soit dans le secteur médical ou paramédical, pour éviter tout effondrement du système de soins. Inadaptés aux enjeux contemporains, les *numerus clausus* et *apertus* doivent être rapidement supprimés. Les moyens dévolus aux facultés, aux universités et aux écoles de formation devront être significativement renforcés pour accueillir ces nouveaux étudiants. Au regard des investissements requis et des capacités limitées des établissements concernés, la gratuité des études de santé doit être questionnée afin de pouvoir augmenter le nombre d'étudiants en formation en particulier pour les filières longues et coûteuses comme médecine. Faute de places disponibles, certains étudiants vont se former dans d'autres pays européens (Espagne, Belgique, Roumanie, entre autres) voire au Canada, où ils payent des frais de scolarité parfois très élevés. Pourquoi ne pas former plus en France grâce à des frais de scolarité similaires ? Des systèmes de bourse et des solutions de prêts bancaires adaptées pourraient être mis en place pour préserver l'égalité des chances.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

« IL FAUT DÉPASSER LA RÈGLE DE L'ANNUALITÉ BUDGÉTAIRE QUI INTERDIT TOUTE FORME DE PLANIFICATION OU DE PROGRAMMATION SUR LE TEMPS LONG. LA COMPOSITION ET LA PRODUCTIVITÉ DE LA DÉPENSE DOIVENT ÊTRE APPRÉCIÉES PLUS FINEMENT DANS LES MÉCANISMES DE RÉGULATION. »

² Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie - ONDAM

Dr Éric Chevallier, radiologue libéral à Vannes

Un médecin tout terrain !

Radiologue chevronné et syndicaliste accompli, Éric Chevallier fait du renouvellement générationnel une priorité stratégique, dont il dévoile les nombreux enjeux, notamment en matière de santé publique.

Chaque radiologue a son histoire. Originaire de Bretagne, Éric Chevallier fait ses études de médecine à Rennes. Une période marquée par l'apprentissage quotidien et l'importance du compagnonnage, avec des « mentors inspirants » qui lui confient des responsabilités allant bien au-delà de son niveau théorique. Son échec initial à l'internat sera, pour lui, l'occasion de découvrir la médecine générale, aux urgences et au SAMU de Vannes, mais aussi de mûrir son choix de carrière. « J'ai longtemps hésité entre la réanimation et la radiologie, deux spécialités techniques et transversales », confesse-t-il. Une fois cette étape franchie, direction la Normandie et la ville de Caen, où il participe à des « avancées importantes », notamment en neuroradiologie et en imagerie digestive, non sans forger des « relations humaines très fortes qui perdurent depuis vingt-cinq ans ». Il décroche ensuite un poste de chef de clinique au CHU de Brest et se spécialise en imagerie digestive.

→ UN LIBÉRAL... HOSPITALIER !

Éric Chevallier trouvera finalement sa place à Vannes, dans le Morbihan, et sera l'un des membres fondateurs du groupe Riva, issu de la fusion de deux groupes, qui travaille en étroite collaboration avec l'Hôpital Privé Océane. Il développe rapidement une surspécialisation en imagerie digestive tandis que son binôme, le Dr Sabine Moisan-Lemanissier, arrivée en même temps que lui, se concentre sur la sénologie. « La surspécialisation était encore très peu répandue à cette époque et demandait une profonde restructuration de l'organisation. Nous y sommes parvenus grâce au dynamisme des associés historiques du groupe, qui ont adopté le même mode de fonctionnement. Tous les associés sont désormais référents dans un ou plusieurs organes, tout en conservant une base de polyvalence. » Cette hyperspécialisation a également permis le développement de la radiologie interventionnelle complexe, avec le recrutement du Dr Julien Hoareau et du Dr Axel Dallongeville au sein d'une « équipe performante » qui se distingue par la qualité de ses pratiques et le partage de ses connaissances entre associés. Installé depuis plus de vingt ans dans cette structure radiologique fonctionnant un peu comme un « CHU libéral » avec une « fibre universitaire très



affirmée », son exercice combine les forces de la radiologie publique et privée. Médecin chevronné, Éric Chevallier est aussi un syndicaliste accompli. Encarté depuis bientôt deux décennies, il défend les intérêts de la radiologie au sein des instances représentatives de sa profession. Président "historique" de la FNMR 56, il vient d'être élu président de la FNMR Bretagne. Il est aussi l'un des vices-présidents d'Avenir Spé, dont il avait immédiatement rejoint les rangs dès sa création fin 2019.

→ UN REGARD AVISÉ

Que ce soit sur le plan syndical ou professionnel, Éric Chevallier fait du renouvellement générationnel

une priorité stratégique. « Les radiologues libéraux jouent un rôle central dans le système de santé. Ils offrent une variété de services techniques essentiels, y compris pour les urgences et le dépistage du cancer du sein. Ils réalisent de nombreuses imageries que les hôpitaux publics ne font pas, et leur qualité d'exercice est au moins équivalente. » La réalité perçue par les pouvoirs publics est pourtant bien différente. Face aux contraintes financières et administratives imposées par les politiques et les tutelles, qui font parfois le lit de la financiarisation, il plaide pour un « choc d'attractivité », ne serait-ce que pour relever les défis imposés par les transitions démographiques et épidémiologiques. « Il faut réduire la pression financière qui entrave le développement technologique et les capacités de recrutement des radiologues. Il faut également former plus d'internes et plus de manipulateurs, en favorisant notamment la maîtrise de stage, pour fournir un service de qualité en tout point du territoire. »

Vecteur de l'accès aux soins radiologiques dans les zones sous-dotées, le « modèle PIMAP » présente selon lui de solides garanties. « Ce type de structure s'apparente à un massif corallien autour duquel un écosystème de santé peut se greffer », illustre Éric Chevallier, dont le projet est en bonne voie, à la faveur d'une autorisation de matériel lourd accordée par l'agence régionale de santé. Un nouveau plateau d'imagerie médicale ambulatoire de proximité ouvrira donc ses portes courant 2027*. Il sera implanté près de Vannes, à Auray, dans un bassin de population en pleine expansion. Un nouvel accomplissement au sein du Riva pour ce praticien tout terrain. ●

Jonathan ICART

(*) Porté par l'ensemble des associés, le projet PIMAP est coordonné par le Dr Jean-Baptiste Le Nouvel, gérant du groupe Riva, et le Dr Emmanuel Dietsch.

Médecins radiologues

Statistiques

sur la Bretagne 2023

Les données présentées dans cet article sont relatives aux médecins radiologues de la région de Bretagne qui ont perçu au moins 1 € d'honoraires en 2023 quel que soit leur statut, libéral ou public. Sauf mention contraire, les données sont issues de la CNAM.

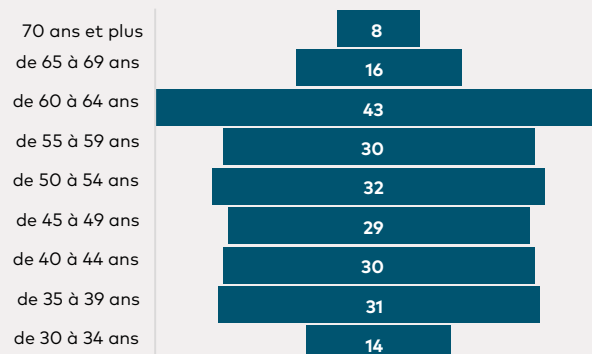
→ DÉMOGRAPHIE

BRETAGNE
Radiologues : **233**
Densité : **6,7⁽¹⁾**

Région Bretagne	2010	2015	2023
Nbre de radiologues	230	225	233
Densité ¹	7,1	6,8	6,7

¹ Densité : nombre de radiologues pour 100 000 habitants.
En France : 8,3

Radiologues : répartition par tranche d'âge (Bretagne 2023)



→ SECTEUR CONVENTIONNEL

84 % des radiologues sont inscrits en secteur 1.
15 % inscrits en secteur 2 ont adhéré à l'OPTAM
et 1 % sont en secteur 2 sans OPTAM.

→ LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

BRETAGNE 2023	Taux de dépassement
Toutes modalités	0,3 %

Source : SAD-Ameli

→ PATIENTÈLES

Le nombre de patients par radiologue est de 6 803 en Bretagne (7 213 France entière). Il s'échelonne de 6 005 en Ille-et-Vilaine à 7 389 dans le Finistère

→ ACTIVITÉS

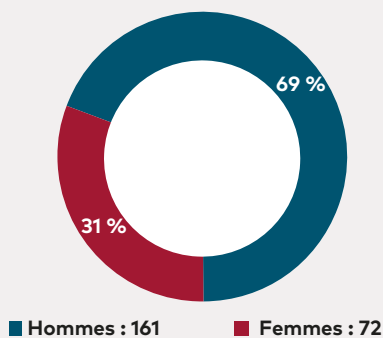
BRETAGNE Toutes spécialités	Actes CCAM		Montant de la dépense présentée au remboursement en €	Montant de la dépense remboursable (€)	Montant des dépassements (€)	Montant de la dépense remboursée (€)
	Nombre	%				
Radiographie conventionnelle	2 314 427	59%	64 850 578 €	64 582 519 €	365 250 €	51 458 478 €
Échographie ³	1 212 428	31%	76 489 090 €	74 524 445 €	1 870 804 €	60 924 080 €
IRM	205 030	5%	9 786 591 €	9 759 154 €	37 921 €	8 176 537 €
Scanner	200 481	5%	13 009 945 €	12 975 508 €	53 989 €	9 940 161 €
Total Bretagne	3 932 366	100%	164 136 204	161 841 625	2 327 964	130 499 256

³ Attention, en Bretagne les radiologues ne réalisent que 42 % des actes d'échographie et seulement 26 % de la dépense remboursée.

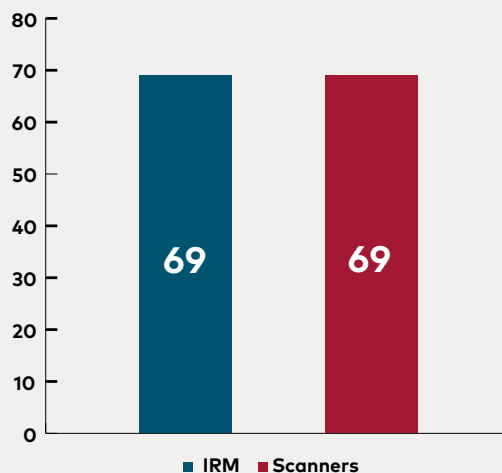
Source : SAD-Ameli

→ LE SEXE

Répartition des radiologues selon le sexe (Bretagne 2023)



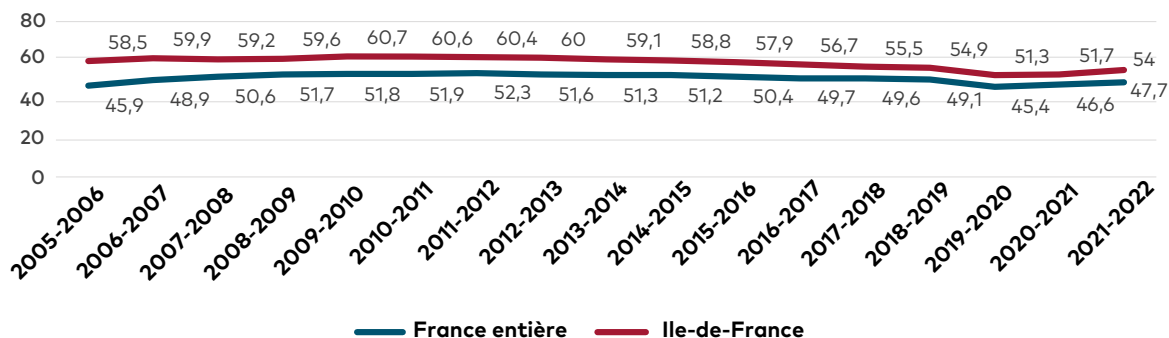
→ ÉQUIPEMENT MATÉRIELS LOURDS EN BRETAGNE (FINESS JANVIER 2025)



→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Dépistage organisé du cancer du sein Bretagne	Années 2022-2023		
	Population Insee cible	Nombre de femmes dépistées	Taux de participation Insee standardisé (%)
France entière	10 779 340	5 142 621	47,7 %
Bretagne	572 671	307 967	54,0 %

Participation au dépistage du cancer du sein (biennuel) en % – Bretagne



Les adhérents de la FNMR trouveront des statistiques de la région Bretagne détaillées par département dans la partie adhérents du site fnmr.fr

Revenus des médecins libéraux : 2017-2021

Une étude¹ de la DREES fait le point sur les revenus des médecins libéraux entre 2017 et 2021. Le constat est une légère hausse durant la période avec de fortes disparités entre les spécialités et entre les secteurs conventionnels.

→ LE REVENU MOYEN

En 2021, les médecins libéraux, exclusifs ou avec une activité salariée, ont perçu un revenu moyen annuel de 124 000 € très variable selon la spécialité. Les écarts sont importants allant de 98 K€ pour les généralistes à 229 K€ pour les spécialités de plateau technique.

Les variations de revenus peuvent dépendre du secteur conventionnel mais toujours en faveur du secteur 2. S'il permet de facturer des dépassements, il ne conduit pas automatiquement à des revenus supérieurs à ceux du secteur 1. Ainsi, les généralistes, les spécialités médicales et les spécialités à plateau technique de secteur 2 ont des revenus inférieurs à ceux du secteur 1. Pour les radiologues, le revenu moyen affiché par la DREES est de 213 K€, celui du secteur 1 de 216 K€ et celui du secteur 2 de 203 K€.

L'étude distingue la part libérale et la part salariée du revenu d'activité. En moyenne, la part salariée est de 7,5 % du revenu total. Elle est supérieure pour les spécialités médicales avec 9,5 % et pour les spécialités chirurgicales avec 12 %.

→ L'ÉVOLUTION DU REVENU

Entre 2017 et 2021, ce revenu moyen a progressé de 0,6 %² par an³.

Sur cette période, le revenu moyen des généralistes a augmenté annuellement de 0,7 %, un peu moins pour les secteurs 1 avec 0,5 % et nettement plus pour les secteurs 2 avec 1,9 %.

Pour les spécialités médicales, l'évolution annuelle a été légèrement négative avec -0,3 %, 0,2 % en secteur 1 et une baisse de -1,1 % en secteur 2.

Le revenu annuel moyen des spécialités médico-chirurgicales est quasi-stable à 0,1 % avec une hausse de 0,8 % en secteur 1 et une perte de -1,1 % en secteur 2.

Le revenu des spécialités chirurgicales a baissé de -1,6 % avec une quasi-stagnation de 0,1 % en secteur 1 et une baisse de -2,4 % en secteur 2.

Le revenu moyen des spécialités de plateau médico-technique a lui aussi baissé de -0,8 % par an avec une relative stagnation de 0,2 % pour les secteurs 1 et une très forte baisse pour les secteurs 2 de -4,7 %.

Dans ce groupe, le revenu des radiologues a subi une baisse encore plus forte de -1,0 % avec une stagnation →

¹ Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation – Christophe Dixte (DREES), Christophe Loussouarn (DREES- Université Paris-Est Créteil) - DREES – Études et Résultats n° 1322 de décembre 2024.

² Tenant compte de l'inflation.

³ Entre 2014 et 2017, il avait progressé de 1,9% par an.

QUELQUES QUESTIONS

Il est possible de s'interroger sur la date de parution d'une étude sur les revenus des médecins libéraux en décembre au moment même où aurait dû se voter le PLFSS repoussé en raison de la censure du Gouvernement. Voudrait-on pointer du doigt les médecins libéraux ?

Une autre question concerne l'écart considérable, qui ne s'explique pas, de revenus des radiologues affichés par la DREES (228 K€) et par la CARMF (117K€) alors que cette dernière recense l'ensemble des revenus de ses adhérents. L'étude prend en compte les radiologues conventionnés ayant déclaré au moins 1 € d'honoraires. Ceci inclus les hospitaliers qui n'ont que peu de charges. C'est un facteur de surestimation des revenus.

La DREES calcule les revenus en déduisant les charges des honoraires. Or, les taux de charges « officiels » ont été calculés par la CNAM en 1999. La FNMR les a contestées depuis le début et plus encore aujourd'hui alors qu'elles ont explosé depuis cette date (personnel, foncier, etc.).

La DREES précise qu'elle a tenu compte du dispositif d'indemnisation de perte d'activité (DIPA) versé lors de la crise du Covid pour faire face aux charges avec un taux de 49% seulement. Là encore, les charges des radiologues ont été sous-estimées.

Il est légitime de s'étonner de la sortie d'une étude sur les revenus 2021 à la fin 2024. Elle ne peut en aucun cas servir de base à une discussion tarifaire.

LES REVENUS DES MÉDECINS AVEC UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE EN 2021

Par regroupement de spécialistes et pour certaines spécialités	Effectifs	% des effectifs en secteur 2	% des effec- tifs avec une activité mixte	Revenu d'activité (€)			Dont revenu libéral (€)		
				Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	51 702	4,7	28,9	98 300	98 800	88 600	93 500	94 000	82 900
Spécialités médicales (hors omnipraticiens) dont :	24 160	42,6	35,9	127 800	127 300	127 100	115 600	115 100	116 300
Anesthésie-réanimation	3 403	58,2	19,0	191 700	178 400	201 200	182 400	166 000	194 200
Cardiologie	4 281	25,7	38,8	163 000	164 700	158 000	144 600	145 400	142 300
Gastro-entérologie et hépatologie	1 859	47,1	40,0	149 000	149 300	148 700	134 000	132 700	135 400
Psychiatrie et neuropsychiatrie	4 773	43,4	37,0	92 800	93 600	91 600	81 500	83 000	79 400
Pédiatrie	2 310	46,5	40,6	88 400	86 800	90 200	79 900	77 500	82 800
Dermatologie	2 276	44,6	26,9	96 800	90 100	105 400	92 600	87 300	99 500
Spécialités médico-chirurgicales dont :	9 578	68,4	32,4	150 100	124 800	161 900	137 400	112 400	149 200
Ophthalmologie	3 848	66,2	26,2	191 900	150 200	213 600	182 800	143 100	203 300
Oto-rhino-laryngologie	1 808	68,5	40,6	133 100	125 800	136 500	118 400	110 400	122 200
Gynécologie-obstétrique	3 922	70,4	34,5	117 700	96 800	126 600	102 600	79 800	112 400
Spécialités chirurgicales dont :	7 418	82,7	33,3	178 300	162 200	181 700	157 000	120 100	164 800
Neurochirurgie	239	89,1	35,6	208 100	196 700	209 400	182 000	175 100	182 800
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 520	86,2	30,4	191 300	168 100	195 100	171 600	115 500	180 800
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	264	62,9	45,3	203 000	215 900	195 700	163 800	159 300	166 300
Chirurgie urologique	1 033	89,3	35,7	186 100	155 200	189 800	163 200	107 400	169 900
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	320	88,1	35,4	168 600	189 100	166 100	151 100	160 800	149 900
Spécialités plateau médico-technique dont :	6 275	24,7	25,2	228 700	234 100	211 900	211 500	216 300	196 700
Radiothérapie	422	15,2	33,8	417 500	405 400	486 600	395 500	386 300	448 100
Médecine nucléaire	376	7,7	47,4	283 300	287 900	226 600	254 500	257 400	218 600
Radiodiagnostic et imagerie médicale	4 918	26,8	23,5	212 700	216 200	203 000	196 100	198 800	188 400
Anatomo-cyto-pathologie	559	25,0	18,2	189 500	196 400	169 400	178 600	186 200	156 700
Oncologie médicale	212	25,5	33,9	187 100	181 800	202 000	171 100	169 900	174 600
Autres spécialités dont :									
Néphrologie	440	4,1	40,8	172 600	174 900	119 200	151 800	155 900	56 700
Neurologie	884	41,2	48,1	123 300	127 600	117 000	108 100	111 300	103 300

→ pour les secteurs 1 mais une baisse très forte pour les secteurs 2 de -5,2 %.

→ DES REVENUS DIFFERENCIÉS

Le pourcentage de médecins installés depuis moins de 10 ans est passée de 25 % en 2017 à 39 % en 2021. Le taux de féminisation a, lui aussi, augmenté de 37 % à 42 %. Leurs revenus sont habituellement inférieurs à ceux des médecins anciennement installés. Ces deux effets conjugués avec l'impact de la crise sanitaire de 2020 ont provoqué une baisse des revenus pour les médecins installés depuis moins de 10 ans de 2,8 % par an, en euros constants, alors que dans la période précédente leurs revenus augmentaient de 0,9 %. Pour les médecins installés depuis plus de 10 ans, les revenus ont augmenté de 2,6 % par an.

→ L'OPTAM

En 2021, 52 % des médecins de secteur 2 sont adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO. Les généralistes adhèrent plus que les autres spécialités à 70 %. 65 % des spécialités de plateau technique ont choisi l'adhésion OPTAM. Les spécialités médicales (hors généralistes) et chirurgicales adhèrent à 52 %. Moins de la moitié (44 %) des spécialités médico-chirurgicales prennent l'OPTAM.

→ LES RADIOLOGUES

Les médecins radiologues libéraux sont 4 918. 27 % sont en secteur 2 alors que la moyenne pour l'ensemble

des spécialistes est de 51,7 % et, pour comparaison, celle des chirurgiens de 82,7 %.

Un peu moins d'un quart (23,5 %) des radiologues ont une activité mixte, la moyenne des spécialistes étant à 33,4 %.

Pour la DREES, le revenu moyen d'activité des radiologues est de 212 K€, de 216 K€ en secteur 1 et de 203 K€ en secteur 2.

62 % des radiologues exercent au sein d'une SEL.

LE POURCENTAGE DE MÉDECINS
INSTALLÉS DEPUIS MOINS DE 10 ANS
EST PASSÉE DE 25 % EN 2017 À 39 %
EN 2021. LE TAUX DE FÉMINISATION A,
LUI AUSSI, AUGMENTÉ DE 37 % À 42 %

La FNMR j'adhère !

5 Bonnes raisons

« J'ADHÈRE
À LA FNMR
POUR DÉFENDRE
NOTRE SPÉCIALITÉ,
LES MÉDECINS
RADIOLOGUES
LIBÉRAUX ET
ACCÉDER À UNE
INFORMATION
PROFESSIONNELLE
RECONNUE ET
DE GRANDE
QUALITÉ. »

1

L'union fait la force.

Parce que la FNMR est le seul rempart contre les baisses tarifaires.

2

L'indépendance professionnelle.

Le médecin radiologue garde la maîtrise de son plateau technique et de son exercice médical.

3

L'équipement d'imagerie médicale.

Parce que la FNMR défend auprès des ministères l'augmentation du nombre d'équipements, la simplification des autorisations et que ses représentants régionaux soutiennent vos demandes.

4

Le dépistage du cancer du sein.

Parce que l'association de formation FORCOMED, créée par la FNMR, est la seule agréée pour la formation des 1^{ers} et 2^{nds} lecteurs du dépistage organisé. La FNMR a inspiré et mis en place le dépistage du cancer du sein depuis 2004.

5

La téléradiologie et l'intelligence artificielle.

Parce que la FNMR participe à l'élaboration des règles de bonne pratique de la téléradiologie et de celles de l'intelligence artificielle à travers DRIM France IA, écosystème d'IA, conçu par les radiologues, pour les radiologues.



fnmr.fr



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris
01 53 59 34 00 - info@fnmr.org

- Seul(e), je ne peux pas défendre mon exercice.
- Avec la FNMR, je me fais entendre et je défends mon exercice de médecin radiologue libéral.
- L'adhésion à la FNMR est une action individuelle mais qui doit être collective pour les groupes.
- Adhérer à la FNMR est un investissement pour mon avenir.

Financiarisation

Causes, conséquences et propositions



Dr Laurent VERZAUX
Directeur général et fondateur
de Vidi

Directeur général et fondateur de Vidi, le Dr Laurent Verzaux dévoile sa grille de lecture de la financiarisation, dont il trace les lignes rouges. Il présente également ses solutions pour préserver le secteur de la radiologie des dérives observées. Explications.

La financiarisation du secteur de la radiologie est un phénomène complexe, dont les causes et les conséquences doivent être appréhendées de manière sereine et apaisée. Mettre en avant le seul « appât du gain » demeure un raccourci efficace qui ne reflète cependant pas la complexité de la réalité ni la diversité des situations. L'environnement dans lequel les radiologues libéraux exercent est un des facteurs ayant favorisé l'arrivée d'acteurs tiers qui attendaient le bon moment pour agir. La fenêtre de tir qui s'est ouverte repose sur le départ des babyboomers au moment où la démographie est la plus basse.

La démographie médicale est un facteur majeur d'inquiétude des sortants qui ouvrent la porte aux tiers. Les statistiques ne mentent pas : nous sommes au plus creux de la courbe démographique. Et nous ne retrouverons les effectifs de 2006 qu'en 2030... ou presque (les radiologues seront 9,8 % moins nombreux en 2030 qu'en 2006, Drees N°679 février 2009). Autre tendance lourde : notre spécialité évolue, nos compétences augmentent, mais nous sommes de plus en plus spécialisés dans un nombre limité des champs de l'imagerie. A cela s'ajoute la féminisation et « la féminisation de l'exercice des mâles », comme le disait Dominique Polton, avec le plus souvent un exercice à temps partiel des jeunes radiologues qui travaillent plus de 35 heures par semaine, mais pas les 60 heures de la génération précédente. La période est donc propice, car les babyboomers souhaitent cesser leurs activités et la nouvelle génération n'est pas encore tout à fait opérationnelle ; c'est tout le sujet de la transition générationnelle. Dans ce contexte, les financiers font leur job face à des radiologues qui leur ouvrent les portes, flattés pour certains d'être approchés par des intermédiaires comme s'ils étaient des patrons du CAC 40 !

Le marché de la radiologie française est particulièrement attractif pour ces acteurs. Les plateaux techniques sont récents et de bonne qualité, la France ayant enfin procédé à un rattrapage en termes d'équipements lourds à l'occasion du dernier PRS¹. Le maillage territorial est globalement satisfaisant à ce stade. Le chiffre d'affaires de la radiologie libérale française atteint entre 3 et 4 milliards d'euros par an avec une croissance comprise entre 2 et 3 %. Le tout solvabilisé par l'Assurance maladie et les complémentaires santé. Le rapport de force change et ouvre des possibilités aux tiers en attente qui savent trouver les moyens pour convaincre, en misant notamment sur le fameux « appât du gain ».

→ UN SUJET POLITIQUE

Le discours séduisant des acteurs tiers auprès des autorités est une cause favorisant la perte de la maîtrise de nos structures. Malgré les affichages et les déclarations, cette attitude qui consiste à laisser faire pourrait être interprétée comme une forme de bienveillance face à cette évolution. « Notre système de soins repose sur deux piliers, public et privé, dans lesquels les capitaux privés interviennent nécessairement. C'est une originalité du système français et nous avons besoin d'acteurs publics et privés et de financeurs privés et publics », disait Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM², lors de son audition au Sénat. La financiarisation peut même être un « accélérateur » de la nécessaire transformation de l'organisation des soins, comme cela est rappelé dans le rapport « Charges et Produits » de l'Assurance maladie publié en juillet 2023³.

La financiarisation n'a cependant pas que des effets potentiels délétères. Elle peut même parfois servir ou accélérer l'atteinte d'objectifs des politiques publiques, lorsque celles-ci nécessitent des investissements ou des restructurations importantes, à travers l'apport de capital privé dans le système de santé. Dans ce cas, qui n'est pas nécessairement le plus fréquent, si l'objectif final des acteurs financiers demeure la rémunération du capital investi, il peut être aligné de manière temporaire ou durable avec les objectifs des politiques publiques et constituer un levier pour ces dernières. Il s'agit d'une stratégie séduisante, parfois efficace, mais extrêmement risquée pour la

¹ Projet Régional de Santé – PRS

² Caisse Nationale de l'Assurance Maladie – CNAM

³ Charges et Produits 2023 : 30 propositions pour améliorer l'accès aux soins, renforcer la prévention et maîtriser les dépenses – Assurance maladie - Juillet 2022



→ partie publique, comme a pu le montrer l'exemple des partenariats publics-privés dans l'investissement hospitalier. Dit autrement, mais clairement exprimé par la CNAM, la financiarisation est un mal nécessaire. La situation actuelle confirme au moins deux choses : la remise en question du statut d'entrepreneur du médecin radiologue (statut qui n'a jamais réellement été reconnu par la CNAM) et le souhait de mettre en place une politique des revenus. Elle témoigne aussi, de la part des radiologues, d'une forme de déni de réalité, d'une absence de prise de conscience de notre fragilité et des limites de notre modèle, soit autant de facteurs favorisant l'arrivée d'acteurs financiers à objectifs court-termistes, uniquement tournés vers la création de valeur financière. Conséquence directe du sous-financement chronique du système de santé et de certains secteurs comme celui de la radiologie, la financiarisation entraîne des conséquences non négligeables, dont la déstabilisation de l'écosystème et la création d'une bulle financière, qui ne manquera pas de faire exploser l'organisation, en détruisant notamment le tissu de proximité (dans les trois à cinq ans). La financiarisation va également se solder par une dégradation des conditions d'exercice des médecins, une perte d'attractivité de la spécialité qui ne sera plus choisie par les meilleurs internes, ou encore une disparition de la spécialité qui sera « vendue en appartement », secteur par secteur, aux autres spécialistes devenant utilisateurs de plateaux techniques gérés par des tiers investisseurs et/ou des établissements (dans les cinq à dix ans). Un phénomène qui sera potentiellement accéléré par les décrets d'exercice et la re-certification.

→ UNE CONSOLIDATION FINANCIÈRE RESPONSABLE

Au regard des nombreuses menaces évoquées, la radiologie doit faire sa révolution. Si nous ne modifions pas considérablement et fondamentalement nos pratiques et nos organisations actuelles, nous serons incapables de répondre aux besoins de la population, ce qui nous sera à juste titre reproché. La consolidation financière responsable doit donc être la pierre angulaire de notre modèle de développement.

Dans ce contexte et pour relever ces défis, nous avons donc choisi de créer Vidi en 2016. Dans un premier temps, nous avons construit Vidi SAS, une centrale d'achat ayant pour objectif d'optimiser les investissements, mais aussi d'accélérer le partage de solutions innovantes pour améliorer l'efficacité des groupes adhérents, avec plus de 1 100 radiologues exerçant dans 375 centres présents dans douze régions sur treize. Une proposition de valeur efficace, mais insuffisante, face aux acteurs financiers qui proposent le rachat des centres. Pour rentrer dans le « jeu », nous avons sollicité les radiologues du réseau afin de disposer de fonds propres. Soyons cohérents : nous ne pouvons pas revendiquer la gouvernance si nous ne sommes pas capables d'investir nous-mêmes dans le projet. Nous avons ainsi pu lever 45 millions d'euros, auprès de 300 des 1 000 radiologues du réseau, avec un investissement moyen de 150 K€ ; la moyenne d'âge des investisseurs était de 48 ans et 8 mois. Cette levée de fonds propres nous a permis d'obtenir une ligne de dette de 115 millions d'euros. Une étape cruciale pour commencer à consolider des groupes qui conservent leur autonomie de gestion, conformément aux recommandations du CNOM⁴, mais ont un alignement d'intérêt avec Vidi Capital, puisque les radiologues adossés réinvestissent 50 % du produit de la vente de leur groupe dans la holding. Il n'y a bien, dans ce projet, que des médecins radiologues exerçant directement dans la SEL ou indirectement dans la holding, sans aucun autre acteur, hormis le staff de Vidi.

Réalisable au travers d'un montage juridique transparent et conforme aux règles édictées par les CDOM et le CNOM, mais aussi fidèle aux valeurs de Vidi, le projet que nous développons nous permet de garantir une radiologie humaine et innovante, toujours centrée sur le projet médical, au profit de la qualité des soins pour tous les patients et partout en France. Nous sommes convaincus que la financiarisation de la santé peut présenter des menaces si elle n'est pas accompagnée par les professionnels de santé, garants du maintien d'un projet médical correspondant aux besoins du patient dans un territoire donné. Dans tous les groupes adossés à Vidi, il y a une cohérence entre ceux qui exercent et travaillent auprès des patients (c'est-à-dire les médecins), et ceux qui gouvernent. Les intérêts sont alignés. Nous nous distinguons par un projet où la gouvernance est aux mains des médecins.

Malgré l'ordonnance n°2377 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées, les transactions se poursuivent, voire s'accroissent. Si j'en crois Jean-Philippe Masson, président de la FNMR⁵, 20 à 30 % des radiologues seraient financiarisés. D'après nos informations, ce sont environ 1 100 radiologues hors Vidi, soit 25 % des effectifs. Une forme de consolidation est donc nécessaire, si nous voulons conserver un rapport de force équilibré. Tout bloquer comme le demandent certains acteurs serait pire, voire délétère, pour notre spécialité et notre système de soins, à terme.

⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins – CNOM

⁵ Fédération Nationale des Médecins Radiologues – FNMR

→ PLAIDOYER POUR UNE RÉGULATION ÉQUILBRÉE

Le mouvement n'est pas achevé. Il est, sans doute, encore temps de le réguler pour éviter la création d'une bulle dont les conséquences seront durablement néfastes. Les multiples d'EBE⁶ proposés pour acheter des parts de marché ne sont pas compatibles avec un équilibre financier. « Le partage des gains de productivité ne peut plus se faire lorsqu'on atteint des multiples d'EBE fois 10 ou 20. C'est là que le système est en danger », précisait Thomas Fatôme. Cette situation aura, à court terme, des conséquences imposées par les objectifs de rendements financiers et pas des objectifs d'amélioration de l'efficacité pour répondre aux besoins croissants que nous avons décrits. Il faut créer de la valeur médicale avant de créer de la valeur financière. Une chose est sûre : aucune transformation ne sera possible sans un accompagnement du changement via une régulation équilibrée qui encourage l'innovation.

Certaines règles prudentielles devront également être édictées, dont un niveau élevé de réinvestissement pour aligner les intérêts entre les radiologues en exercice, comme nous l'avons inscrit dans les statuts de Vidi. Il serait tout aussi pertinent de définir un pourcentage significatif d'investissement en R&D au niveau de la holding et/ou de la SEL, ce qui permettrait de couvrir, au moins partiellement, les futures charges des outils d'IA prescriptive, d'IA générative et de cybersécurité. Les radiologues du réseau Vidi savent le rôle essentiel de l'imagerie dans le parcours de vie de chacun et comment ils peuvent aider à supporter les accidents de la vie s'ils sont là ou, au contraire, les aggraver s'ils ne savent pas répondre à temps. Ils sont conscients de leur responsabilité sociale et sociétale, afin que chaque patient puisse bénéficier du meilleur examen, réalisé le plus efficacement et confié pour analyse et interprétation au radiologue compétent dans la spécialité.

Conscients des défis, les radiologues du réseau Vidi refusent d'assister passivement au démantèlement de la spécialité, au profit d'acteurs financiers capables de promouvoir des solutions de prestations de services pouvant être perçues comme séduisantes aux yeux des tutelles. Conscients des enjeux, les radiologues du réseau Vidi sont promoteurs de l'évolution des métiers paramédicaux qui doivent monter en compétence pour apporter une réponse cohérente à l'organisation de l'imagerie, et pas seulement une prestation. Dans un paysage sanitaire marqué par des difficultés organisationnelles et la multiplicité de ces acteurs (233 sous-préfectures, 136 GHT⁷ de taille variable...), les centres de proximité ne peuvent plus rester isolés. Ils doivent pouvoir s'intégrer dans les projets territoriaux des groupes plus structurés, afin de ne pas laisser créer des déserts médicaux.

→ LE TRÉPIED DE L'IMAGERIE

Du dépistage à la radiologie interventionnelle en passant par la permanence des soins, quelles solutions proposer pour garantir un accès équitable et durable à l'imagerie ? Les réponses s'appuient sur un trépied

maîtrisé, déjà déployé par certains d'entre nous, que nous avons la capacité de rapidement mettre en œuvre sur l'ensemble des territoires :

La télé-radiologie : nous avons, avec Télé-Vidi, l'outil qui permet d'amener la compétence au plus près de chaque territoire. Notre modèle organisationnel, qui associe télé-radiologie et présentiel, répond aux attentes des patients et des équipes médicales et paramédicales. Il est facilement perfectible, en facilitant la téléconsultation souvent nécessaire lors de la restitution des examens.

La gestion du temps médecin invite à proposer des organisations en appui avec nos collaborateurs.

La compétence : faut-il rappeler que, depuis plus de vingt ans, les meilleurs élèves des facultés de médecine choisissent la radiologie à l'issue du concours de l'internat ? Notre spécialité, qui a la chance d'avoir accueilli les cerveaux les plus brillants, ne serait pas capable d'être innovante et devrait laisser à des acteurs financiers le soin de gérer à sa place ? Bien sûr que non ! Nous avons la compétence et la maîtrise des technologies. Nous participons aux développements des outils d'intelligence artificielle qui feront de nous, demain, des radiologues augmentés, sans pour autant perdre la responsabilité de la réalisation de l'acte et de son interprétation, ce que nous revendiquons.

La pertinence : ce thème, porté par la profession depuis plusieurs années, doit maintenant prendre toute sa dimension, notamment dans le cadre du tant attendu du DMP⁸, de l'utilisation de l'INS⁹, de Mon Espace Santé et de la gestion des datas, pour éviter les examens redondants.

Ce trépied constitue le socle du nouveau « workflow » qu'il faut nécessairement mettre en place au risque, redisons-le, de ne pas répondre à la demande. Il faut libérer du temps médecin par la pertinence et la compétence du radiologue augmenté qui analysera plus rapidement les examens de suivi des pathologies chroniques, mais aussi de dépistage. Une compétence qui devra infuser dans tous les territoires grâce aux outils de communication. Pour mettre en œuvre un tel projet, il faut des moyens financiers nécessaires à la restructuration de l'imagerie. C'est une magnifiquement opportunité pour les radiologues d'investir, afin de piloter eux-mêmes ces changements organisationnels permettant d'assurer le portage des centres d'imagerie et la transition générationnelle.

Accompagné par ses partenaires bancaires, Vidi offre cette opportunité. Relisons l'histoire de la radiologie depuis plus de cent ans, et souvenons-nous qu'Antoine Béclère s'est battu pendant plus de deux décennies pour que la radiologie reste aux mains des médecins ! Voir-comprendre-soigner, c'est le sens de notre métier que nous souhaitons préserver. ●

⁶ Excédent Brut d'Exploitation

⁷ Groupement Hospitalier de Territoire - GHT

⁸ Dossier Médical Partagé - DMP

⁹ Identité Nationale de Santé - INS

Réforme de l'assiette sociale : ce qui attend les médecins libéraux en 2026

En prévision de l'entrée en vigueur d'une importante réforme de l'assiette sociale en 2026, la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) a publié en décembre 2024 un bulletin¹ détaillant les changements à venir pour les médecins libéraux. Les impacts seront variables selon le secteur d'exercice des praticiens.

→ UN OBJECTIF D'ÉGALITÉ ET DE STABILITÉ DES CHARGES

La réforme de l'assiette sociale vise à instaurer un traitement plus égalitaire des professionnels libéraux face à la contribution sociale généralisée (CSG) tout en simplifiant le calcul des cotisations et en stabilisant les charges. Selon la CARMF, l'assiette sociale sera désormais calculée en appliquant un abattement forfaitaire de 26 % au revenu « superbrut », c'est-à-dire le revenu total moins les charges professionnelles (hors prélèvements sociaux). Ce taux de 26 % correspond à la moyenne des charges sociales actuellement payées par les indépendants.

→ UNE BAISSÉ GLOBALE DES CHARGES COMPENSÉE PAR DES HAUSSES CIBLÉES

La CARMF prévoit une réduction globale des charges de l'ordre de 170 millions d'euros, principalement grâce à une baisse des cotisations CSG et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Toutefois, pour assurer la stabilité globale des charges, ces gains seront redistribués via une augmentation des cotisations des régimes complémentaires et du régime allocation solidarité vieillesse (ASV) de la CARMF. Cette hausse, estimée à environ 1,8 point, génèrera une augmentation des droits à retraite de l'ordre de

10 % pour l'ensemble des régimes, et jusqu'à 14 % pour le seul régime complémentaire.

→ DES IMPACTS CONTRASTÉS SELON LES SECTEURS

Le secteur d'exercice joue un rôle crucial dans les effets de cette réforme.

- Secteur 1 : double avantage. Les médecins exerçant en secteur 1 profiteront d'une baisse des charges de l'ordre de 2 à 5 % tout en bénéficiant d'une augmentation de leurs droits à la retraite.
- Secteur 2 : hausse des charges. Les médecins du secteur 2 subiront une hausse globale de leurs charges, estimée à 5 %. Bien que leurs droits à la retraite augmentent également, la baisse de la CSG (-20 %) ne suffira pas à compenser les hausses des cotisations maladie et retraite.

→ CALENDRIER ET MISE EN ŒUVRE

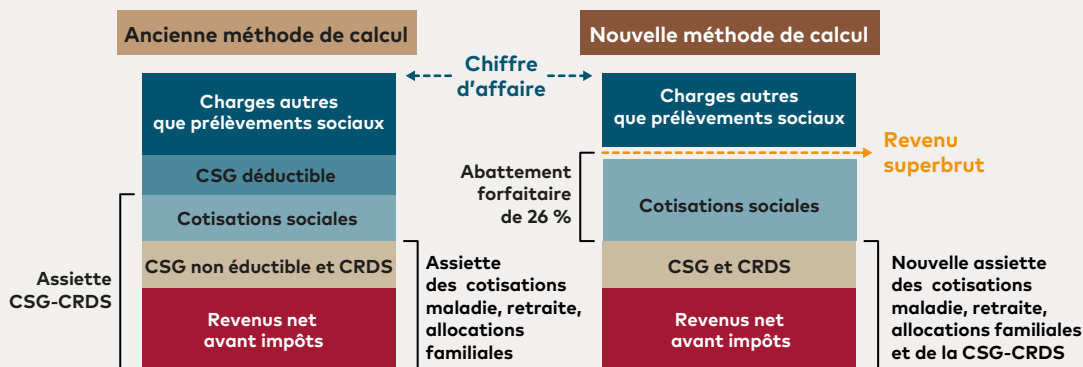
Les premières modifications liées à cette réforme se manifesteront en janvier 2026 lors de l'appel des acomptes de cotisations. C'est à partir de l'été 2026, avec l'appel du solde des cotisations basé sur les revenus 2025, que les praticiens constateront réellement les effets de cette réforme.

→ UN PROJET LONGUEMENT MÛRI

L'évolution de l'assiette sociale était déjà en discussion depuis plusieurs années, notamment dans le cadre du projet de système universel de retraite. La crise sanitaire et le gel des réformes avaient freiné sa mise en œuvre. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2024 a permis de relancer cette réforme, après une concertation entre la Direction de la sécurité sociale, les syndicats et les caisses. ●

¹ Informations de la CARMF n° 72 – Décembre 2024

Nouvelle méthode de calcul des assiettes sociales



QUIZ

L'ENDOMÉTRIOSE

- ☐ Pas besoin, je suis au point
- ☐ Je fais le quiz pour vérifier
- ☐ J'ai besoin d'une mise à jour

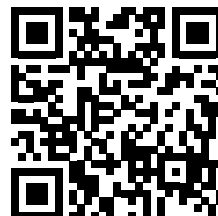
• Parmi ces sites d'atteinte digestive lequel est le plus fréquemment concerné :

- A. Appendice
- B. Sigmoides
- C. Caecum
- D. Iléon
- E. Rectum

• Parmi ces symptômes révélateurs quel est le plus fréquent :

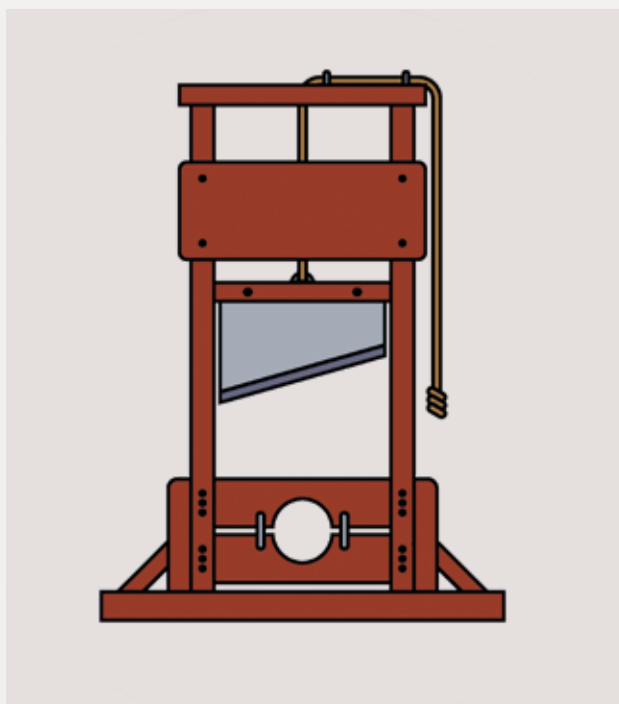
- A. Exonération douloureuse des selles
- B. Ménorragies
- C. Dysurie
- D. Dysménorrhée
- E. Infertilité
- F. Douleurs pelviennes chroniques

Participez au Quiz



Conseil d'Administration

Janvier 2025



→ POINT POLITIQUE ET SYNDICAL

En ce mois de janvier, exceptionnellement, il n'y a pas de point politique en raison des circonstances dues à la censure du Gouvernement. **Jean-Philippe Masson**, président de la FNMR, rappelle que de ce fait, le PLFSS¹ n'ayant pas été adopté, l'article 15 qui visait les radiologues est caduc. Il donnait jusqu'au 30 avril aux radiologues et à l'Assurance maladie pour conclure un accord triennal basé sur la pertinence faute de quoi le directeur général de l'Assurance maladie pouvait imposer jusqu'à 300 M€ de baisses tarifaires tout au long des trois années à venir.

De plus, les anciens ministres de la Santé et du Budget, démissionnaires, ont confié en juillet une mission à l'IGAS² et à l'IGF³ visant à contourner la convention médicale signée en juin pour réguler les dépenses de radiologie, en clair imposer des baisses tarifaires.

Lors du premier examen du PLFSS, en décembre, les parlementaires n'avaient pas voulu ratifier ce contournement de la convention par l'article 15 et l'avaient modifié en limitant le pouvoir de la Caisse d'imposer des baisses tarifaires à quelques mois en l'absence d'accord.

Avec la nomination d'un nouveau Gouvernement et d'un retour probable du PLFSS devant le Parlement, la FNMR reprend contact avec les parlementaires pour les convaincre, à nouveau, de ne pas contourner la convention médicale.

Il faut noter que la FNMR demande, depuis le mois de décembre, à la CNAM de réunir le groupe de travail FNMR-CNAM pour préparer un plan de pertinence mais sans réponse.

Une autre menace pèse sur la médecine libérale avec la proposition de loi transpartisane sur les déserts médicaux qui prévoit la fin du secteur 2 pour les médecins qui s'installent, la fin de la liberté d'installation, etc. Il faut néanmoins, si elle est adoptée, que des décrets d'application soient pris.

Il y a aussi un mauvais coup sur les cotisations sociales. En secteur 1, un médecin accepte d'avoir des honoraires bas. En contrepartie la Caisse prend en charge une partie des cotisations sociales personnelles. Il est prévu d'augmenter de façon conséquente les charges pour les médecins de secteur 2 OPTAM et les charges pour les secteurs 1 dont le BNC est supérieur à 200 000 €. C'est un nouvel élément de la politique de revenus.

→ AUTORISATIONS D'EML

La lettre d'instruction de la DGOS⁴ sur le régime des autorisations n'est toujours pas sortie. Si les autorisations pour les équipements en coupe ne posent pas trop de problèmes, en dépit de la volonté de quelques cliniques, comme à Bergerac, de récupérer les autorisations, il n'en va pas de même pour la radiologie interventionnelle (RI). Le président du Conseil National Professionnel de la radiologie a écrit à la DGOS pour savoir ce qu'il en est : sans réponse.

→ CONGRÈS DE LA RADIOLOGIE LIBÉRALE - JUIN 2025

La FNMR organise un congrès de la radiologie libérale, le vendredi 20 juin, autour de la brochure publiée par la Fédération « L'imagerie médicale : un atout pour la santé, un atout pour l'économie ». Elle

¹ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

² Inspection Générale des Affaires Sociales

³ Inspection Générale des Finances

⁴ Direction Générale de l'Offre de Soins

présente la spirale vertueuse de la radiologie libérale avec, au centre, les dépenses d'imagerie médicale puis, en suivant la spirale, les richesses créées par la radiologie libérale avec les équipements achetés aux industriels, les emplois générés par la spécialité, etc. Il faut aujourd'hui ajouter la dimension de l'intelligence artificielle.

Il est prévu des séances plénières, des tables rondes, des ateliers, mais il y aura aussi des séances de formation (dépistage du cancer du poumon), des symposiums gérés par nos partenaires industriels, assurances, etc.

→ DÉMATÉRIALISATION DE LA 2^{NDE} LECTURE

Bruno Silberman, Premier Vice-Président, signale un problème dans l'organisation régionale en Ile-de-France de la 2^{nde} lecture. Chaque région veut construire son système de L2, dans la plupart des cas en respectant le principe que le dépistage ne doit pas être à la charge du radiologue. Mais en Ile-de-France, l'organisation a été conçue en amont des radiologues libéraux. Le CRCDC⁵ a choisi une box à l'issue d'un appel d'offres mais la liaison entre la box et les systèmes d'information des cabinets a été oubliée et son coût reste à la charge des radiologues.

Alors que le Ségur numérique progresse et que la DRIMbox devrait arriver prochainement, il serait logique de la choisir pour éviter les surcoûts pour les éditeurs et les radiologues.

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, fait le point sur la DRIMbox et la dématérialisation de la L2.

- 1 - la DRIMbox est un outil qui sur le plan technique est principalement dédié au transfert des images donc parfaitement adapté à véhiculer des mammographies,
- 2 - tout projet en région de dématérialisation de la 2^{nde} lecture en mammographie doit être concertée avec **Jean-Marc Chevilley** de la DNS (Délégation au Numérique en Santé) qui s'occupe du Ségur de la Santé, le choix de la Drim-box ayant été, a priori, acté au niveau du ministère de la Santé.

DRIMBOX

2 arrêtés devraient être publiés en février.

Ils fixeront le cadre technique des DRIMbox, un calendrier de développement et un cadre financier.

C'est le prélude au déploiement opérationnel des DRIMbox qui nécessite aussi que le budget 2025 de l'État soit voté.

Pour Laurent Verzaux, président du CRCDC de Normandie, l'INCa⁶ a été absent dans la gestion de ce dossier qui remonte à 2015.

Le constat aujourd'hui est qu'il n'est plus possible d'utiliser les négatoscopes déroulants et la 2^{nde} sur les clichés devient compliquée. Face à cette situation, l'INCa a accordé des dérogations à toutes les régions qui le

demandaient sans aucun regard sur les projets et avec l'inconvénient majeur de ne pas être interoperables.

Les présidents des CRCDC se sont réunis récemment afin d'appeler les régions à adopter un système national unique avec la DRIMbox.

Une nouvelle préoccupation est apparue avec la décision de l'Assurance maladie de limiter le financement des CRCDC de 50 %, de ne plus financer les L2 au travers des CRCDC mais par le biais des FIR⁷ des ARS⁸. Cette décision pose problème puisque la L2 est un acte médical qui doit normalement être financé par l'Assurance maladie. Est-ce une annonce préalable à la suppression pure et simple de la L2 ?

Jean-Philippe Masson rappelle que c'est l'État qui finance l'interconnexion avec la DRIMbox. Les radiologues seront libres de choisir la DRIMbox qui leur convient, pas forcément celle de leur éditeur. Seules les options non obligatoires pourront être facturées aux radiologues.

La DRIMbox est financée pour partie par le Ségur numérique mais surtout par l'Europe qui a déjà attribué les crédits. Les délais pour que la box soit opérationnelle sont donc réduits, de l'ordre d'un an maximum.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FNMR PREND POSITION POUR LA DRIM BOX

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) a réuni son Conseil d'Administration le samedi 18 janvier 2025 à Paris.

Le Conseil d'Administration a adopté à l'unanimité **une motion visant à faire de la DRIM Box l'outil national unique** permettant la dématérialisation de la 2^{nde} lecture du dépistage organisé du cancer du sein.

Depuis plus de 10 ans, les expérimentations menées en régions concernant la dématérialisation de la 2^{nde} lecture se heurtent à des difficultés, notamment en matière de partage de données et d'images.

Il est donc essentiel qu'un cadre national soit instauré. En cela, **l'arrivée de la DRIMbox, outil adapté au partage numérique de données**, est une opportunité qui doit enfin permettre de mettre en place la dématérialisation de la 2^{nde} lecture du dépistage organisé du cancer du sein.

C'est le sens de la présente motion, adoptée par le Conseil d'Administration de la FNMR.

⁵ Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

⁶ Institut National du Cancer

⁷ Fonds d'Intervention Régional

⁸ Agence Régionale de Santé

- Les éditeurs pourront commencer les développements dès que les arrêtés « techniques » seront publiés (en février). Ils pourront alors contacter les radiologues qui auront quatre mois pour passer une précommande.

Le président met au vote une motion visant à faire de la DRIMbox l'outil national unique de la dématérialisation de la 2^{de} lecture.

→ LE BUS DU SEIN

Le président remercie les radiologues alsaciens (**Sébastien Thiriat** et **Laure Foessel**) pour le travail considérable qu'ils ont accompli en montant l'opération Bus du sein en Alsace au mois d'octobre en coopération avec l'ARS Grand-Est et de très nombreux partenaires institutionnels, associatifs ou industriels. Les médias locaux et nationaux en ont parlé, des élus ont participé à l'action et, même, le président de la République leur a adressé ses félicitations. Il serait souhaitable que cette action soit reprise dans d'autres régions qui pourront s'appuyer sur l'expérience alsacienne en recherchant les partenariats des ARS, des CRCDC et des associations de lutte contre le cancer. Un dossier de presse est disponible.

Le Bus du sein a montré ce que peut être une opération de sensibilisation de santé publique par opposition aux mammobus.

→ LES MAMMOBILS

La vraie raison du mammobile, c'est de permettre aux politiques de faire croire qu'ils font quelque chose pour la santé des femmes peu important la qualité. Mais la réalité est très différente. Par exemple, un mammobile circulant dans une partie de l'Aude, de l'Ariège et de la Haute-Garonne qui fait entre 80 et 100 mammographies par jour. Des radiologues de Montpellier avaient accepté d'interpréter les mammographies. Ils ont finalement renoncé. D'autres, à Carcassonne ont pris le relais à la demande de l'ARS mais depuis octobre, trois ont déjà renoncé en raison de l'absence de qualité des clichés. Les mammobus posent aussi la question de l'écran d'interprétation et de la formation du téléradiologue. Il est impossible de savoir s'ils sont conformes.

→ DÉPISTAGE DU CANCER DU POU MON

En juillet 2024, l'INCa a lancé un appel à projets de recherche pour la faisabilité et l'intérêt du dépistage du cancer du poumon en France, pendant cinq ans. A l'issue de cette évaluation, on pourra envisager un appel à projets pour déploiement. On peut se demander si l'INCa et le Gouvernement veulent mettre en place un dépistage du poumon.

→ PLATEAUX D'IMAGERIE MÉDICALE AMBULATOIRE DE PROXIMITÉ (PIMAP)

Eric Chavigny, Vice-Président, rappelle le rôle des Plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de



proximité qui sont des outils pour renforcer l'offre médicale dans les territoires. C'est un centre d'imagerie upgradé avec de l'imagerie en coupe.

Le PIMAP est attractif pour les nouveaux associés parce qu'il offre l'ensemble des techniques. Il permet aussi de renforcer le dépistage du cancer du sein. C'est ce qui est constaté dans les PIMAP de Mimizan et de Saint-Vincent-de-Tyrosse. Des PIMAP ont été créés dans d'autres régions en Isère, en Normandie, en Bretagne et ailleurs encore.

Le PIMAP est un pôle d'attractivité pour les généralistes qui peuvent prendre en charge leurs patients sur les territoires y compris pour des soins non programmés. Il évite des transports, des passages aux urgences, des journées d'hospitalisation et diminue considérablement le coût de la prise en charge.

La FNMR porte ce modèle dans les ministères, à l'Élysée. Il faut aussi que les radiologues le porte auprès des Agences Régionales de Santé.

→ PRODUITS DE CONTRASTE

En mars dernier, Guerbet a demandé et obtenu le déremboursement de la baryte. Avant le déremboursement, le pharmacien achetait le flacon de 150 ml de baryte à 3,80 €. Depuis, il est passé à 38 €. Le patient le payait entre 6 et 8 € remboursés

⁹ Direction de la Sécurité Sociale

¹⁰ Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé

alors qu'aujourd'hui, il le paye plus de 55 € non remboursés. La plupart des patients ne sont pas prêts à payer ce prix et renoncent à l'examen. La FNMR est intervenue aussi bien auprès de Guerbet que de la DSS⁹ et de l'ANSM¹⁰ pour signaler le problème. Guerbet a baissé son prix à 8,90 €. Le prix en pharmacie est, lui, inchangé.

→ FORCO-FMC : NOUVELLES FORMATIONS

L'actualité de Forco-FMC, c'est le « Dépistage du cancer du poumon » annonce **Eric Chavigny**, Président. Il est important que dans chaque groupe un ou plusieurs radiologues soient formés pour être prêts dès que le dépistage démarrera.

Plusieurs sessions sont organisées dans l'année et notamment deux lors du congrès Imagine 2025 et une lors des JFR 2025.

D'autres formations sont disponibles :

- Hygiène, en e-learning, pour les radiologues et les manipulateurs.
- Hanche pédiatrique, en e-learning d'une heure.
- Produits de contraste pour actualiser les bonnes pratiques et remettre cause des habitudes obsolètes en 1 h 30 d'e-learning.
- Achat de produits de contraste pour mener des négociations efficaces (45 mn).
- Téléradiologie, en 1 heure d'e-learning, présente bonnes pratiques, recommandations et la réglementation.

→ FORCOMED



Jean-Charles Leclerc, Président de Forcomed, détaille la formation, développée par **Romain Foucher**, Séno 2.0. de perfectionnement à la sénologie, essentiellement à la mammographie mais pas seulement puisque l'IRM mammaire, la tomosynthèse et l'angiomammographie sont aussi abordées. Elle se déroule en une journée en atelier.

Il reste une année pour valider l'obligation triennale de DPC. Les formations proposées par Forcomed permettent de valider cette obligation, par exemple l'IRM mammaire, l'annonce diagnostic, la thyroïde e-learning.

→ AUDITS PAR LES PAIRS

Jean-Charles Leclerc rappelle que les audits par les pairs sont le résultat de la transcription d'une directive européenne.

Ces audits consistent en une visite sur site d'un binôme - un médecin radiologue et un manipulateur - qui fait l'audit en une journée, regarde les pratiques au vu d'un référentiel qui est une évolution du référentiel Labelix et qui a été retranscrit sous une forme officielle par une norme publiée à l'AFNOR. L'audit permet de se mettre à niveau pour les

différentes obligations réglementaires. Pour les sites labélisés Labelix, l'approche est un peu différente puisque l'auditeur est un radiologue. Pour ceux qui ne sont pas labélisés, c'est l'occasion d'initier une démarche qualité.

L'audit n'est pas une accréditation. C'est une démarche d'accompagnement qui permet de corriger des non-conformités éventuelles. Le rapport final est adressé au site de radiologie, libre aux radiologues de décider ce qu'ils en feront. La démarche, qui est dans sa phase pilote, est gérée par le CNP¹¹ de la radiologie. 23 binômes ont été formés. 60 sites ont déjà été audités. De nouveaux sites volontaires sont recherchés.

→ PRIVALENCE



Privalence se développe bien. Son président, **Franck Clarot**, annonce déjà 45 référencements de fournisseurs. Les adhésions de groupes de radiologues ont commencé. Les abonnements ne sont pas très élevés, entre 2 500 € et 7 500 € selon le nombre de radiologues. Les adhérents FNMR bénéficient d'une réduction de 20 %.

Outre les grands partenaires industriels, Privalence référence des start-ups qui ne le sont pas forcément ailleurs, avec notamment des logiciels d'intelligence artificielle pour la radiologie mais aussi une sorte de ChatGPT spécialisé en imagerie. Il y a aussi des logiciels de dictée numérique à la volée, c'est à dire qu'en même temps que le radiologue fait une échographie, le logiciel l'enregistre et tape directement le compte-rendu.

Un nouveau laboratoire de produits de contraste arrive chez Privalence avec du gadolinium dès février. Des injecteurs sont aussi proposés.

Privalence référence aussi des services financiers, juridiques, et prochainement des banques.

→ PDSES ET ENQUÊTE SUR LES REVENUS

Deux enquêtes récentes posent problème. La première sur la permanence des soins en établissements de santé a été publiée récemment. Elle est basée sur du déclaratif. Elle était très difficile à remplir étant donnée le nombre de questions. De ce fait, il y a un vrai risque de biais. Cette enquête est l'occasion de revenir sur les lignes d'astreintes mises en place, et financées, dans certaines régions pour les radiologues et pas dans d'autres, ce qui n'est pas acceptable.

La seconde est l'étude de la DREES sur les revenus des médecins libéraux en 2021 ! Chacun comprend qu'il s'agit de faire pression pour justifier de nouvelles baisses des tarifs des actes en radiologie.

¹¹ Conseil National Professionnel



→ COMMUNICATION

Jean-Claude Dourousseaud, directeur du JT de la radiologie, souligne l'importance des réseaux sociaux dans la communication de la Fédération. Communiquer ou pas ? Ce n'est pas la question. Aujourd'hui, on doit communiquer. La vraie question est comment le faire et pourquoi.

COMMUNIQUER POUR EXISTER ET POUR PESER

Exister, d'abord. Si vous ne communiquez pas, d'autres le font à votre place. Dans la sphère de la radiologie, c'est le cas de la SFR¹² avec les JFR¹³ et d'autres supports tout au long de l'année. Les manipulateurs communiquent avec AFPPE¹⁴. L'ARS communique, le ministère communique, les CHU communiquent, les industriels communiquent... Si la FNMR ne communique pas, elle n'est pas visible et ne peut donc pas peser.

Voici trois idées phares à retenir pour communiquer efficacement et mettre la communication au service du message à relayer : en premier lieu relayer-amplifier, en deuxième lieu une idée-un message et en troisième être le "bon client".

RELAYER, AMPLIFIER

Quand le président de la Fédération communique, il est entendu. Si son message est relayé, il est remarqué et les radiologues commencent à peser. Il y a un vecteur essentiel pour les réseaux sociaux, c'est **la republication**. Quand la FNMR fait un post. Si vous vous contentez de liker, il n'y aura que quelques vues. En revanche, si tous les membres du Conseil republient, le post bénéficiera d'un effet levier considérable, généré par le groupe et il dépassera aisément mille vues.

UNE IDÉE, UN MESSAGE

C'est une règle fondamentale dans la pub : une idée, un message. Un produit, ça peut être une nouveauté, un produit écoresponsable, un produit made in France, dans tous les cas, il faut choisir le point sur lequel insister. Prenons le cas de la mammographie et du dépistage organisé. On peut évoquer une chance pour les femmes, la gratuité, le coût pour la société, la double lecture, les problèmes d'accessibilité, la tomosynthèse et encore bien d'autres sujets. Pour présenter cette question à un journaliste, il est impossible d'aborder toutes les questions. Il faut trouver un angle, une idée, un message.

LE BON CLIENT

Nous avons tous de « bons clients », ceux que nous sommes contents de revoir. Il en est de même pour les journalistes qui reviendront vers un bon client et se détourneront des mauvais. Le bon client, c'est celui qui sera facilement joignable pour répondre aux questions d'un journaliste sur son domaine de compétence. Les journalistes sont pressés, ils doivent souvent rendre leur reportage dans la journée, il leur faut donc des réponses rapides, dans un langage compréhensible.

Il faut aussi saisir la « sensibilité » du média ; pour ou contre vous ? Être concis et anticiper ce que le journaliste peut retenir de vos propos.

LA FNMR SUR LES RÉSEAUX

Nombre d'abonnés de la FNMR sur les réseaux sociaux

	Janvier 2023	Janvier 2025	Augmentation
	1 561	8 994	+ 476 %
	1 807	1 905	+ 5 %
	4 853	5 262	+ 8 %
	113	524	+ 364 %

Depuis deux ans, le nombre d'abonnés de la FNMR a progressé de 476 % sur LinkedIn et 364 % sur Instagram. C'est le résultat de la mobilisation de membres du conseil sur les réseaux. Pour 2025, l'objectif reste de faire progresser la présence de la FNMR sur les réseaux en continuant de diversifier les messages.

LE PROCHAIN CONSEIL D'ADMINISTRATION AURA LIEU LE 29 MARS

AUJOURD'HUI, ON DOIT COMMUNIQUER.
LA VRAIE QUESTION EST COMMENT
LE FAIRE ET POURQUOI ?

¹² Société Française de Radiologie

¹³ Journées Francophones de Radiologie

¹⁴ Association Française du Personnel Paramédical d'Électroradiologie

Actualité réglementaire

Emmanuel MUSEUX est revenu lors de ce Conseil d'administration sur l'actualité réglementaire, chargée dans le domaine de la radioprotection, avec la publication en 15 jours autour des fêtes de fin d'année de 7 décrets. Ainsi, le fascicule des obligations réglementaires qui arrive dans votre lettre en janvier mérite déjà une mise à jour !

Si le décret 2024 – 1240 du 30 décembre 2024 est globalement « cosmétique », pour substituer IRSN¹ et ASN² par ASNR³, à l'occasion de la création au 1^{er} janvier 2025 de cette nouvelle entité, 2 autres décrets retiennent davantage notre attention.

Le décret 2024 – 1241 du 30 décembre 2024 est « relatif aux conditions d'exercice d'activités rémunérées par les services de l'autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection et aux procédures d'homologation de décisions réglementaires à caractère technique prises par cette autorité ». Pour rappel, et en résumant, l'ASNR a pour missions :

- de mener des recherches,
- d'expertiser la sûreté des installations, d'évaluer les risques liés à l'usage des rayonnements ionisants pour la santé humaine et l'environnement, de participer à la veille permanente en radioprotection (incluant la surveillance radiologique de l'environnement, la gestion et l'exploitation des données dosimétriques concernant les travailleurs exposés, l'analyse des données dosimétriques des patients...),
- de réglementer : élaboration de la réglementation, avis au gouvernement sur les projets de décrets et d'arrêtés ministériels, la prise de décisions à caractère technique, instruction des demandes d'autorisation, ...
- de contrôler,
- de gérer les situations d'urgence,
- de former,
- d'informer et de dialoguer (commissions locales, relations avec le Parlement, ...),
- de développer une culture de radioprotection chez les citoyens.

On rappelle que dans le cadre de ses missions, l'ASNR assure la gestion et le traitement de données d'intérêt public pouvant comprendre des données à caractère personnel et de santé (article R592 – 14 – 2 – alinéa 4 du code de l'environnement).

L'ASNR exerce donc toutes les missions concernant la radioprotection, qui vont de l'expertise maintenant internalisée, à la production de la réglementation et aux contrôles, en passant par les relations avec les politiques. Les sanctions ne sont pas abordées dans les missions citées (et actuellement pas mises en avant sur le nouveau site Internet). On rappelle cependant qu'un certain nombre de dispositions réglementaires existantes concerne des sanctions qui peuvent s'appliquer de deux manières, soit par une commission des sanctions qui existait à l'ASN

mais n'a, à notre connaissance, jamais été activée, soit par la saisie de la justice.

Le décret 2024 – 1238 du 30 décembre 2024 apporte des modifications substantielles dans l'organisation de la radioprotection. Parmi les très nombreux articles de ce texte, on peut noter :

- La prise en compte des zones radon et des zones d'extrémité (avant-bras et main + peau) pour l'identification des zones de travail (article R4451 – 23).
- Toutes les zones peuvent être intermittentes, et notamment la zone radon ; cela peut être intéressant pour des centres d'imagerie qui sont autour de la limite ou un peu au-dessus de la limite de 300 Bq par m³ en activité volumique, car la concentration en radon (venant du sol aux termes de l'évolution réglementaire (article – 22)) n'est pas la même selon l'heure de la journée, le passage du personnel, etc. Il existe des capteurs en temps réel, capables d'indiquer l'exposition réelle des travailleurs au moment de leur présence dans les locaux, habituellement beaucoup plus basse que l'activité volumique intégrée sur 3 ou 4 mois d'hiver comme fait d'habitude.
- L'article R4451 – 33 du code du travail oblige à définir des contraintes de dose individuelle pertinentes en dose efficace sur 12 mois pour une activité régulière en zone contrôlée jaune, orange ou rouge (nous ne sommes pas concernés dans nos activités par cette dernière) ; ainsi que des contraintes individuelles pertinentes en dose équivalente sur 12 mois pour une activité régulière en zones d'extrémité. Concrètement, il s'agit de définir des valeurs, bien évidemment inférieures aux valeurs limites d'exposition réglementaires, auxquelles on essaye de se tenir dans l'activité des travailleurs concernés.
- Les contraintes de dose sont mises à jour périodiquement dans le cadre de l'évaluation des risques et après chaque modification des méthodes ou des conditions de travail. Pour les interventions dans les zones contrôlées jaunes, oranges et rouges, les contraintes sont définies avant chaque intervention et le CRP⁴ vérifie régulièrement que la dose efficace reçue respecte la contrainte définie. Si une contrainte de dose préalablement définie n'est pas respectée, l'employeur doit en être informé.
- Le port du dosimètre opérationnel est obligatoire lors d'une entrée en zone contrôlée, ainsi maintenant que pour les travailleurs classés travaillant en zones d'extrémités (article 4451 – 33 – 1).

¹ Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire

² Autorité de Sûreté Nucléaire

³ Autorité de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection

- Dans l'obligation de consignation de l'évaluation individuelle préalable des travailleurs exposés (consultable pour au moins 10 ans), ajout d'un sixième item : type de surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (article – 53).
- Dans les dispositions transitoires, le CEA (qui reprend la dosimétrie à lecture différée de l'IRSN) est autorisé à assurer la surveillance dosimétrique individuelle sans nécessité d'accréditation, jusqu'au 31 décembre 2026.
- Ajout d'un alinéa stipulant que l'employeur doit procéder aux vérifications réglementaires lorsqu'il y a eu dépassement d'une des valeurs limites d'exposition d'un travailleur (en plus des mesures déjà existantes) (article 80).
- Obligation d'information par l'employeur du médecin du travail de tout événement significatif (NB : dépassement d'une des valeurs limites, mais le guide n° 11 en attente de nouvelle rédaction devrait élargir sensiblement cette notion d'ESR). Le médecin du travail doit recevoir le travailleur concerné dans les plus brefs délais et donner son avis sur l'aptitude au poste (Article 84).
- La section 13 du décret introduit la certification professionnelle pour le CRP avec 2 certificats : celui de **PCR⁵** mais avec une validation nationale intégrant la désignation d'un véritable jury ; et celui d'**expert en radioprotection**. Pour chacun de ces 2 certificats, création d'une version complète et d'une version allégée (uniquement applicable aux rayons X). Elle crée également la fonction d'**opérationnel en radioprotection**. Ces éléments entrent en vigueur en 2027, permettant entre-temps la publication des arrêtés d'application, la mise en place d'une convention avec un organisme national (ayant des implantations régionales) pour les certifications professionnelles. À noter que cette section découle directement de la transposition tardive de la directive Euratom 2013/59, qui date de 12 ans déjà...
- selon l'article 4451 – 112, le CRP désigné par l'employeur est :
 - Soit salarié compétent, disposant d'un certificat (donc PCR ou expert),
 - soit un OCR⁶ qui devra compter dans ses effectifs au moins un certifié expert
- Sont délivrés par un organisme (article 125) :
 - le certificat intitulé « PCR »,
 - le certificat « expert en radioprotection ».
- À titre transitoire, même si les articles actuels du code du travail sont immédiatement abrogés, les certificats PCR délivrés avant le 1^{er} janvier 2027 restent valables **(en cas de certificat qui arrive à échéance avant 2027, anticiper le renouvellement)**.
- En attente d'un arrêté des ministres chargés du travail, de la radioprotection et de l'agriculture (article 126) :
 - Pour les OCR : **nombre possible d'établissements clients** pour lesquels l'organisme exerce ses missions de CRP (+ définition des moyens mis en œuvre, des modalités et des conditions de certification des OCR et d'accréditation des organismes certificateurs) : cela va nécessiter pour vos représentants d'être particulièrement présents et vigilants pour la rédaction des arrêtés d'application.
 - Pour les certificats (PCR et ERP), un certain nombre de modalités sur le programme, l'examen, le jury, la durée de validité, renouvellement, etc.
- Par l'article R4 1451 – 130, création d'un opérationnel en radioprotection qui doit être salarié compétent au sens du code du travail (L 4644 – 1).

- Mise en œuvre de certaines missions sous supervision technique du CRP.
- **Un opérationnel de la radioprotection doit obligatoirement être présent au sein de l'établissement en cas d'absence du CRP**, en cas de travail dans une zone contrôlée ou une zone radon (pas nécessaire en zone surveillée ni en zone d'opérations).
- Formation par un organisme de formation certifiée, sinon par le CRP de l'établissement (dans ce cas ne peut exercer que dans l'établissement en question).
- **Les manipulateurs en électroradiologie sont considérés comme des opérationnels** du fait de leur parcours professionnel et de leur formation.
- *Attention car un arrêté est appelé par l'article R4451 – 133 pour définir exactement les missions, les conditions de présence, les formations et les qualifications permettant de regarder comme satisfaite l'obligation de formation.*
- Cette notion de possibilité pour un manipulateur d'être opérationnel de la radioprotection, alors que le radiologue n'a pas cette reconnaissance, a fait vivement réagir plusieurs radiologues présents lors du conseil d'administration, de manière tout à fait compréhensible. Néanmoins, dans l'esprit du code du travail, il s'agit d'un **salarié compétent**. Cela n'a rien à voir avec l'absence de reconnaissance de la qualité professionnelle du radiologue. Pour mémoire, et de la même manière, **un employeur n'a pas le droit d'être PCR** - sauf par dérogation pour des entreprises de moins de 20 salariées - alors qu'un manipulateur (en tant qu'employé) peut parfaitement l'être. Il faut considérer cette possibilité pour nos manipulateurs d'être opérationnel de manière systématique comme une victoire qui va éviter de considérablement augmenter nos coûts d'exploitation, compte tenu des obligations qui sont associées à sa présence.
- La section 14 est une complète réécriture de la définition des missions de l'ASNR.
- Quelques informations complémentaires :
 - La conservation des données nominative dans SISER⁷ est d'au moins 50 ans après la dernière exposition du travailleur ; la conservation des données non nominatives est allongée à un maximum de 100 ans (**Article 137**).
 - L'ASNR va devoir tenir à jour la liste des professionnels de santé au travail formés pour assurer le suivi individuel renforcé des travailleurs exposés ; ainsi que la liste des professionnels disposant d'un certificat PCR (**Article 139**).
 - L'ASNR va pouvoir rendre un avis sur les moyens métrologiques (**Article 140**).
 - L'ASNR pourra, à la demande d'un employeur, réaliser toutes les vérifications, la surveillance dosimétrique individuelle des travailleurs exposés, le conseil en radioprotection (**Article 141**).
 - L'ASNR peut informer le ministère du travail, les organismes certificateurs et le COFRAC des manquements constatés par les organismes d'accréditation et les OCR (**article 142**).

⁴ Conseiller en radioprotection

⁵ Personne compétente en radioprotection

⁶ Organisme Compétente en Radioprotection

⁷ Système d'Information de la Surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants

La signature électronique des comptes-rendus d'examens d'imagerie

La signature du compte-rendu d'examen d'imagerie par le médecin radiologue valide le contenu du compte-rendu et atteste de son authenticité. Par tradition, la signature est manuscrite. Elle peut également être électronique, les dispositions législatives et réglementaires le permettent.

→ LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE DE LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

La signature électronique des comptes-rendus d'examens d'imagerie est autorisée. Elle a la même valeur légale qu'une signature manuscrite. Elle s'inscrit dans le contexte réglementaire suivant.

L'article R.4127-76 du code de la santé publique (correspondant à l'article 76 du code de déontologie médicale) précise : «... Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui ». Le mode de signature doit être un moyen aussi durable que possible (excluant ainsi les crayons ou stylos à mine) et en proscrivant l'usage du tampon du cachet de fac-similé de signature dont l'emploi ne garantit pas l'authenticité du signataire.

Le Code civil¹ nous précise que la preuve par écrit est définie comme une suite de lettres, chiffres, caractères ou symboles de signification intelligible, quels que soient leur support et leur mode de transmission. La forme électronique de la preuve par écrit est admise au même titre que l'écrit sur support papier, et a la même force probante que ce dernier. Le principe de la signature électronique est donc définitivement admis, même si, bien entendu, la signature manuscrite conserve toute sa validité.

La loi n° 2000-230 du 13 mars 2000² et le décret n° 2001-272 du 30 mars 2001³ ont validé la signature électronique comme preuve écrite, en reconnaissant à l'écrit électronique la même valeur qu'à l'écrit papier à condition que ce procédé électronique de signature soit sécurisé et qu'il respecte certains impératifs techniques qui assurent sa fiabilité.

¹ Code civil : livre III, chapitre VI, section 1, articles 1316 à 1317

² Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. JORF du 14 mars 2000

³ Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pour l'application de l'article 1316-4 du Code civil et relatif à la signature électronique. JORF du 31 mars 2001

LABELIX

La loi impose que :

- la signature électronique soit propre au médecin, pour assurer une authentification personnelle et sans équivoque du signataire,
- le médecin doit en avoir le contrôle exclusif (autrement dit, le médecin n'a pas le droit de la transmettre à quiconque),
- le compte-rendu signé (= validé) ne peut plus être modifié,
- les modifications ultérieures que le médecin pourrait y apporter doivent être tracées.

→ LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE EN PRATIQUE

En pratique, lors de la connexion au RIS, l'authentification du médecin radiologue signataire peut être assurée :

- Grâce à sa carte professionnelle de santé (CPS).
- Par l'utilisation d'un identifiant (login de connexion) et d'un mot de passe personnel et confidentiel.

La signature électronique doit respecter les mêmes règles que la signature manuscrite :

- elle doit être faite compte-rendu par compte-rendu (pas de signature globale d'une série de comptes-rendus),
- la traçabilité des modifications apportées à un dossier signé électroniquement doit être assurée.

→ NE JAMAIS UTILISER LA SIGNATURE SCANNÉE

Certains centres d'imagerie utilisent la signature scannée du médecin radiologue pour valider et authentifier les comptes-rendus. Cela consiste à numériser la signature manuscrite du radiologue puis à l'apposer au bas du compte-rendu. Ceci ne constitue pas une signature électronique.

Une signature scannée n'a aucune valeur.

Dr Hervé LECLET – Martine MADOUX

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche qualité Labelix, pour vos patients, vos équipes, vos structures.

Si vous n'êtes pas encore labellisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org

LABELIX

Contactez-nous
LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris
Tél. 01 82 83 10 21 • Fax : 01 45 51 83 15 • info@labelix.org

Remplacements / Associations

N°11047

02 - CHATEAU-THIERRY

Cabinet indépendant 6 radiologues - recherche remplaçant(e) en vue d'association. Activité sur 2 sites, scanner, 2 IRM.

👤 Dr Patrick MILON

📞 06 76 62 54 47

✉ milon.patrick@gmail.com

N°11046

68 - MULHOUSE

Cabinet dans l'hypercentre de Mulhouse. Recherche remplaçant(s) toutes les semaines du jeudi au samedi matin. (1 à 2 jours et demi/semaine)

👤 Dr Pierre HAUPTMANN

📞 06 33 85 51 45

✉ pierre.hauptmann@gmail.com

N°11045

44 - NANTES

Groupe IRIMED indépendant 65 radiologues - recherche remplaçant(s) en vue d'association temps plein ou partiel. Plateau technique hautement performant. Activité 12 scan, 12 IRM sur 7 sites cliniques et 14 cabinets de ville.

👤 M. Axel TRICHEREAU

📞 02 28 03 88 96

✉ a.trichereau@iris-grim.fr

N°11044

75 - PARIS 19^E

Groupe 9 radiologues - recherche remplaçant(s) temps plein et radiologues secteur 2 en vue d'association temps plein ou partiel. Activité sur 2 sites, 2 scanners, 2 IRM, mammo, 4 échos.

👤 Dr Julien LAMBRON - 📞 06 84 59 06 10

✉ drjulienlambron@gmail.com

N°11043

31 - TOULOUSE

Groupe 19 radiologues - recherche remplaçants, collaborateurs ou associés. Activité sur 2 sites - Clinique Pasteur - Forte orientation cardio, onco et digestive Clinique de l'Union - Forte activité viscérale, onco, neuro et musculo-squelettique. 5 scan dont 1 coroscanner Siemens force, 5 IRM. Possibilité d'installation en secteur 1 ou 2.

👤 Dr Charlotte MARTIN PELTIER

📞 06 20 51 77 88

✉ cpeltier-martin@rx-infomed.com

👤 Dr Louis David RIVIERE

✉ ldrieviere@rx-infomed.com

N°11042

30 - NIMES

Recherche un(e) remplaçant(e) du 17 juillet 2025 au 01 août 2025. Activité radio, écho, tdm et IRM.

👤 Dr Pierre DE BRUNANCHON

📞 04 66 28 82 55

✉ brunanchon@radiatorougetdelisle.net

N°11041

30 - NIMES

Recherche un(e) associé(e), temps plein ou temps partiel. Activité radio, écho, cone beam, mammo. Accès tdm/IRM sur les cliniques de la ville. Activité téléradio possible.

👤 Dr Pierre DE BRUNANCHON

📞 04 66 28 82 55

✉ brunanchon@radiatorougetdelisle.net

N°11040

35 - RENNES

Cession de cabinet - 2 associés - Recherche successeur(s). Cabinet 270m² - table Siemens capteur plan, échographe Canon, mammographe Siemens capteur plan. Forte activité, bon emplacement. Nombreuses heures imagerie en coupes.

👤 Dr Alain SEE - 📞 06 09 40 91 28

✉ alainsee35@gmail.com

N°11038

73 - CHAMBERY

Cède cabinet en 2025, cause retraite. Cabinet entièrement numérique. Activité radio, écho, mammo, ostéo. Accès équipements lourds.

👤 Dr Dominique BESSIRE

📞 06 07 32 46 46 - ✉ d.bessire@free.fr

N°11037

75 - PARIS 19^E

Recherche remplaçants réguliers vacations écho, scanner, IRM, mammo. Possibilité d'association. Vacances pour décembre et autres dates au centre Crimée.

👤 Dr Julien LAMBRON - 📞 01 44 52 01 00

✉ remplamanincrimée@gmail.com

N°11036

92 - PLESSIS-ROBINSON

Recherche remplaçants. 1 table radio numérisée, cone beam Carestream, écho GE, mammo Fuji avec tomosynthèse et IA. Possibilité pérennisation avec divers modes d'exercice.

👤 Dr Nicolas CARPENTIER

📞 06 59 93 82 97

✉ dr.carpentier@cipr92.com

N°11035

73 - ALBERTVILLE

Cabinet indépendant 5 radiologues, recherche un(e) associé(e), temps plein. Activité variée, 2 tables radio, 1 ostéo, 1 cone beam, 1 mammo 3D tomosynthèse, 4 échos. Vac scanner hôpital et vac IRM GIE. Forte activité séno, ostéo et possibilité de développer infiltrations.

👤 Dr Cécile LECOANET

📞 06 23 85 39 75

✉ lecoanet.cecile@free.fr

N°11033

35 - RENNES

Groupe 8 associés parts égales, bonne pyramide, cherche un(e) associé(e), temps plein 3j/semaine, cabinet de ville écho, radio, mammo, cône beam, clinique de la Sagesse écho, radio, mammo, scanner, IRM à CIM LAENNEC.

👤 Dr Tanguy LIBESSART

📞 07 66 89 34 79

✉ libessart_tanguy@hotmail.com

N°11032

34 - SAINT-GELY-DU-FESC

SELAS 4 associés, cherche un(e) associé(e), plein temps ou temps partiel. Cabinet récent, équipe jeune motivée, modalités d'installation souples. Activité radio, séno, écho, scan, IRM, interventionnel. Perspectives développement vers plateau technique complet.

👤 Dr Paul BOSSOT

📞 06 63 78 65 25

✉ paul.bossot@imaneos.com

Vous pouvez consulter les annonces sur le site Internet de la FNMR :

www.fnmr.org

Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent

N°11011

30 - BAGNOLS-SUR-CEZE

Groupe indépendant SELARL, 4 radiologues, recherche associé(e). 1 site scanner, IRM, activités polyvalentes. Pas de garde.

👤 Dr Valère SEGAL

☎ 06 70 19 34 64

✉ valere.segal@orange.fr

N° 11028

2A - CORSE

A vendre, cause double emploi après regroupement, à cone beam Newtom 5g, état impeccable, août 2021, 80 000€ (valeur 153 000€).

☎ 06 16 11 89 88

✉ michelmozziconacci@gmail.com

N° 11026

78 - BOIS-D'ARCY

Groupe 14 radiologues, 78 Sud, 4 cabinets (tables Luminos, mammographes Pristina avec tomosynthèse), 4 IRM, 3 scanners, cherche un(e) associé(e)

Profil : ostéo articulaire/ imagerie cardiaque.

👤 Dr Caroline TICHOUX

☎ 01 34 60 67 86

✉ imagerieboisdarcy@yahoo.fr

🌐 <https://imagerie78.com>

N° 11025

30 - NIMES

Groupe indépendant, 14 radiologues, 3 cabinets dont un au sein d'une clinique. Recherche un(e), ou plusieurs associés. Large accès scanner/IRM 1.5 t + 3 t, radiologie et sénologie interventionnelle, projet de mise en place de téléradiologie en interne. Travail 4 jours par semaine modulable.

☎ 06 03 18 74 27

✉ jmparm@orange.fr

N° 11024

987 - POLYNÉSIE FRANÇAISE

Cession de cabinet - 9 associés - Recherche successeur, cabinet Borabora + plateau Scan-IRM Papeete

👤 Dr Patrick SABBAH

✉ sabbahpm@gmail.com

N° 11023

77 - 91 - 94

Réseau d'imagerie Sud francilien, groupe indépendant, 5 sites,

recherche remplaçant(e) en vue d'association. Plateau technique récent et complet (5 IRM, 3 Scan, mammo tomosynthèse, macro/micro-biopsies, écho, radio, infiltrations, cone beam). Ouverture de nouveaux sites avec imagerie en coupe prévue.

👤 Dr Samuel HADDAD

✉ shaddad@risf.fr

N° 11021

02 - SAINT-QUENTIN, 1H DE LILLE, REIMS, 2H DE PARIS

Cabinet ville 800m², 4 radiologues, 7 manips. 8 secrétaires, cherche associé(e), vacataire, vacataire intégré, gestionnaire, etc... plein tps ou mi-temps, activité téléradio complémentaire possible. Equip moderne : écho, sénologie, radio générale, densito, cone beam, scan et IRM. Accès dématérialisé complet, pas de garde (activité possible en fonction de la spécialisation du candidat). Pas de frais d'association à l'entrée.

👤 Dr Pierre-François ROBACHE

☎ 06 45 87 86 77 - ✉ abc@robache.fr

N° 11016

13 - MARSEILLE

Cherche radiologues ayant des compétences dans un ou plusieurs des domaines suivants : radio interventionnelle, imagerie cardiaque, imagerie urologique, imagerie ORL.

Contacts :

👤 Dr Philippe SOUTEYRAND

✉ p.souteyrand@hopital-europeen.fr

👤 Dr Frédéric COHEN :

✉ f.cohen@hopital-europeen.fr

N° 11015

85 - LES-SABLES-D'OLONNE

Groupe 4 associés, 1 collaborateur, 1 radiologue en attente d'association. Cherche associé(e)s/collaborateur(trice)s/remplaçant(e)s. temps partiel ou temps complet. sur un seul site au sein d'un pôle de santé : radio, cone beam, écho, mammo, ostéo) plateau technique d'imagerie en coupe en GIE (1 scanner Philips ; 1 IRM Siemens).

👤 Dr Benoit LOISEAU :

✉ bloiseau@me.com

N° 11014

30 - NIMES

Groupe indépendant 8 radiologues, cherche associé(e) en raison d'un dé-

part à la retraite. Modalités d'installation souples. Téléradio interne et externe en cours de développement.

👤 Dr Fabrice TURPIN

✉ fabrice_turpin@yahoo.fr

N°11013

35 - SAINT-MALO

Cherche associé(e). 19 radiologues, 4 cabinets ville, un service sénologie et un en clinique, vacations régulières en téléradio. Plateau technique : 2 scanners, 3 IRM (1,5 et 3 t) ; PACS Telemis, RIS gxd5. Activités variées : généralistes ou spécialisation d'organe, sénologie, ostéoarticulaire, interventionnel, oncologie, etc.

👤 Dr Jérôme POIRIER

☎ 06 31 95 02 82

✉ drjepoirier@gmail.com

🌐 <https://imagerielescedres.fr>

N°11008

75 - PARIS 18^E

Cède cabinet de radiologie avec 2 salles radio, 2 salles écho, 1 cône beam, 1 mammo numérique. Activité radio, écho doppler obstétrique, scanner, mammo, dépistage pédiatrie.

👤 Dr Thierry ZERBIB

☎ 06 63 19 13 29

✉ t.zerbib@orange.fr

N° 11003

97 - MARTINIQUE - FORT-DE-FRANCE

SELARL 6 radiologues. Cherche remplaçant(e)/associé(e) Cabinet privé dans clinique, activité variée (2 tables de radio, 2 salles d'écho, 1 mammo, 1 salle vasculaire, 1 scan et 2 IRM). Avion et hébergement pris en charge. Minimum 2 semaines de remplacement requis.

✉ poline.lavaud@radiosaintpaul.fr

🌐 www.radiologie-saint-paul.fr

**METTEZ EN AVANT VOS
PETITES ANNONCES
DANS UN ENCARTE DÉDIÉ
(TARIFS ADHÉRENTS)**

• En tête + 2 lignes + contact :
90 € TTC

• En tête + 5 lignes + contact :
150 € TTC

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DE LA CHARENTE

→ Élection du bureau le 12 décembre 2024 :

Président : **Dr Franck FABARON** – La Couronne

Vice-Président : **Dr Pierrick MORALES** – Châteaubernard

Trésorier : **Dr Romain VIALLE** – Soyaux

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DE LA CHARENTE-MARITIME

→ Élection du bureau le 04 février 2025 :

Président : **Dr Laurent GIRÉ** – La Rochelle

Secrétaire : **Dr Camille TÉOLI** – La Rochelle

Trésorier : **Dr Bernard LE BRUN** – Royan

Vice-Président : **Dr Etienne DEBORDE** – La Rochelle

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DE L'ISERE

→ Élection du bureau le 21 septembre 2024 :

Président : **Dr Éric MOVET** – Saint-Ismier

Secrétaire : **Dr Élisabeth SCHOLASTIQUE** – Grenoble

Trésorier : **Dr David AYANIAN** – Saint-Martin-d'Hères

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DES LANDES

→ Élection du bureau le 29 janvier 2025 :

Président : **Dr Éric CHAVIGNY** – Dax

Secrétaire : **Dr François MARIN** – Dax

Trésorière : **Dr Laurence FAUCHER GAYRAUD** – Mimizan

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DES PYRENEES ATLANTIQUES - BEARN

→ Élection du bureau le 27 janvier 2025 :

Président : **Dr Dominique MASSEYS** – Pau

Secrétaire : **Dr Philippe AURENSAN** – Orthez

Trésorier : **Dr Jean-Philippe VALATS** – Pau

Membre du bureau : **Dr Valérie CONSTANTES** – Pau

● SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DE LA VIENNE

→ Élection du bureau le 22 janvier 2025 :

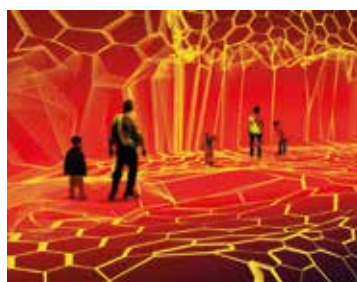
Président : **Dr Frédéric DEFAUX** – Poitiers

Secrétaire : **Dr Thierry DIESCE** – Poitiers

Trésorier : **Dr Ahmed MOUMOUH** – Châtellerauld

Une expérience interactive avec l'univers créatif de l'IA

Grand palais immersif



PIXELS – UNE EXPOSITION DÉDIÉE À MIGUEL CHEVALIER MUSIQUE THOMAS ROUSSEL

Une grande exposition dédiée à Miguel Chevalier, pionnier de l'art numérique. Cette exposition exceptionnelle, sur deux étages avec plus de 1200 m², plonge le visiteur dans un univers où réel et virtuel fusionnent pour repousser les frontières de l'art et de l'intelligence artificielle.

LE GRAND PALAIS IMMERSIF est un lieu culturel situé Place de la Bastille, ouvert à tous dès le plus jeune âge. Le Grand Palais Immersif veut offrir un nouveau type d'expérience culturelle, où l'art et la technologie s'unissent pour créer des expositions immersives inédites.



Exposition ouverte jusqu'au 21 avril 2025

Du dimanche au lundi : 10h - 19h
Fermeture les mardis - Nocturnes le mercredi jusqu'à 21h
et le vendredi jusqu'à 20h30

Grand Palais Immersif - Bastille

Place de la Bastille, 110, rue de Lyon 75012 Paris
<https://grandpalais-immersif.fr/>

Lutte Nationale Contre l'Endométriose : Enjeux et formation pour les radiologues



Dr Erick PETIT
Radiologue à Paris

Cet article met en lumière la nécessité d'une approche coordonnée pour combattre cette maladie chronique. Il souligne l'importance d'une stratégie nationale intégrée, impliquant une collaboration étroite entre les ministères, les agences régionales de santé et les professionnels de santé, notamment les radiologues libéraux. L'objectif est de parvenir à un diagnostic plus précoce et à une meilleure prise en charge des patientes. Pour y contribuer, FORCOMED propose des formations spécifiques, théoriques et pratiques, adaptées aux besoins de chaque professionnel de santé désireux de renforcer ses compétences dans la lutte contre l'endométriose.

L'endométriose est une préoccupation de santé publique majeure au vu de sa prévalence qui est d'au moins 10% des femmes en âge de procréer, représentant en moyenne en France 2,5 millions de femmes potentiellement atteintes.

Elle est source de **douleurs handicapantes** affectant le quotidien de ces femmes, responsables d'un **absentéisme** scolaire et professionnel. C'est la première cause d'**hypofertilité**. Le **retard diagnostic** de cette maladie inflammatoire chronique débutant dès les premières règles pour ne cesser qu'à la ménopause est encore en moyenne de 7 à 10 ans.

C'est ainsi qu'une **stratégie nationale de lutte contre l'endométriose** a été lancée sous l'égide des différents ministères concernés et des agences régionales de santé (ARS) avec la mise en place de filières de soins régionales de prise en charge de l'endométriose pour un diagnostic plus précoce et l'offre de soins de qualité adaptée à chaque patiente, et graduée selon trois niveaux.

Il est de toute première importance que les radiologues libéraux, au premier chef concernés, sur l'ensemble du territoire, s'inscrivent dans ces **filières de soins**, chacun d'entre eux devant être sensibilisé à la problématique de l'endométriose pour une participation au niveau de proximité, certains pouvant également répondre à un niveau d'expertise plus avancée, voire être spécialisés pour un niveau expert.

Au cœur de cette stratégie, les radiologues libéraux jouent un rôle déterminant. Leur implication active dans les filières de soins est cruciale pour le diagnostic précoce de l'endométriose, notamment grâce à leur expertise en imagerie médicale. La sensibilisation et la formation de ces professionnels sont donc essentielles pour garantir l'efficacité de la prise en charge des patientes.

Dans ce contexte, **FORCOMED propose des programmes de formation dédiés à l'endométriose**, destinés aux radiologues désireux d'approfondir leurs connaissances ou de se spécialiser dans cette pathologie. Ces programmes offrent deux niveaux d'apprentissage : un premier par **e-learning, disponible en continu**, focalisé sur **les points clés de l'IRM** et un second en présentiel, consacré à l'échographie, dispensé sur une journée par des spécialistes couvrant tous les aspects de la maladie. La session échographie est validée par le DPC, permettant une **prise en charge par l'ANDPC**.

Ces initiatives de formation s'inscrivent dans une démarche plus large de sensibilisation et d'éducation des professionnels de santé, visant à améliorer la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose. Elle reflète l'engagement des acteurs de santé dans la lutte contre cette pathologie, en favorisant une meilleure compréhension de la maladie et en optimisant les stratégies de diagnostic et de traitement. ●

Rdv en Novembre 2025 pour un DPC sur le Diagnostic de l'Endométriose



RADIOLOGUE



ENSEIGNEMENT EN PRÉSENTIEL



8 HEURES



40€ EUROS

(adhérent FNMR : 20 €)

odpc

Réf : 18812325001

ENDOMÉTRIOSE : Y PENSER, DIAGNOSTIQUER, TRAITEMENTS.

ELIGIBLE AU DPC RADIOLOGUES

Face à l'endométriose, une pathologie complexe touchant de nombreuses femmes, FORCOMED propose une formation approfondie destinée aux Radiologues. Cette session offre un éclairage sur les signaux d'alerte, les méthodes de diagnostic précis et les stratégies de traitement les plus actuelles. Conçue par des experts reconnus dans le domaine, la formation aborde également la prise en charge multidisciplinaire nécessaire pour améliorer la qualité de vie des patientes.

Rejoignez-nous pour affiner vos compétences, adopter une approche innovante et contribuer efficacement à la lutte contre l'endométriose.

Tarif médecin radiologue en libéral : formation éligible au DPC, seule la somme de 40 € pour les frais de dossiers d'enregistrement DPC est à votre charge (adhérent FNMR : 20 €).

Tarif médecin radiologue salarié des hôpitaux : formation éligible au DPC, les frais d'inscription sont de 800 € (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus).

UNE FORMATION FORCOMED CONÇUE ET DISPENSÉE PAR :

Dr Erick PETIT,
Radiologue

