

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 487 AVRIL 2025

Le journal de la



RÉFORME DES AUTORISATIONS

Le régime des incertitudes



GRAND TÉMOIN

Jean-Marc Chevilly
(DNS)

VIOLENCES ENVERS LES SOIGNANTS

Tolérance zéro !



LE 1^{ER} CONGRÈS PROFESSIONNEL ORGANISÉ PAR LA FNMR VENDREDI 20 JUIN 2025 – PARIS

Le rôle central de la radiologie dans le parcours de santé et son aspect structurant seront débattus par les intervenants médecins radiologues et d'autres spécialités, industriels, économistes, politiques, patients, journalistes. Cette première édition offrira un **panorama général de la place de la radiologie** dans le système de soins et l'écosystème économique médical français.

4 SESSIONS

■ SESSION #1

La radiologie : acteur majeur dans l'économie de la santé

■ SESSION #2

La radiologie : acteur majeur de l'innovation médicale

■ SESSION #3

La radiologie : acteur majeur de la prévention

■ SESSION #4

La radiologie : acteur majeur de la prise en charge des patients

■ SYMPOSIUM - ÉCO RESPONSABILITÉ

TOUTE LA JOURNÉE

■ FORMATION FORCOMED-SFR – Dépistage du cancer du poumon

■ FORMATION FORCOMED – Installation en libéral



IMAGINE 2025 EST OUVERT À TOUS !
INSCRIVEZ-VOUS GRATUITEMENT DÈS MAINTENANT, LES PLACES ÉTANT LIMITÉES

Le printemps sera chaud



SI LE GOUVERNEMENT ÉTAIT SINCÈRE, IL S'ENGOUFFRERAIT DANS LA MISE EN PLACE D'UNE VRAIE POLITIQUE DE PERTINENCE COMME NOUS LE RÉCLAMONS DEPUIS PLUS DE DIX ANS.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Dans la suite immédiate de l'adoption de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), la CNAM a immédiatement lancé les hostilités en convoquant les syndicats signataires de la convention à une réunion sur la « pertinence en imagerie ». L'objectif, dicté par Bercy, est de réaliser 300 millions d'économies sur 3 ans dont 100 rien que pour cette année !

Tout le monde sait que la pertinence est un investissement sur le long terme mais les exigences du ministère de l'économie n'en n'ont cure.

La piste envisagée, demandée par des ministres démissionnaires de 2024, est bien celle des baisses tarifaires. C'est la raison pour laquelle ils avaient demandé à l'IGF/IGAS, de réaliser une étude pour, je cite « trouver un moyen de contournement de la convention pour procéder à des baisses de tarif ». L'État demande des moyens de contourner la loi !

Le régime des autorisations a changé : c'est le sujet du dossier du mois. Enfin, la France allait pouvoir quitter le peloton de queue des pays européens quant au nombre d'équipements IRM et scanner.

Seulement voilà, plus d'équipements signifie plus de dépenses, le risque de

dépasser la sacrosainte enveloppe allouée aux Équipements Matériels Lourds (EML). La solution proposée par l'IGF est simple : baisser les forfaits techniques pour rester dans les clous qu'ils ont plantés. Pensent-ils que, en contrepartie, le prix des appareils, les charges de fonctionnement, vont baisser ?

Les discussions avec la CNAM vont donc être très tendues, pour ne pas dire houleuses. Pourra-t-on trouver un accord ? Rien n'est moins sûr.

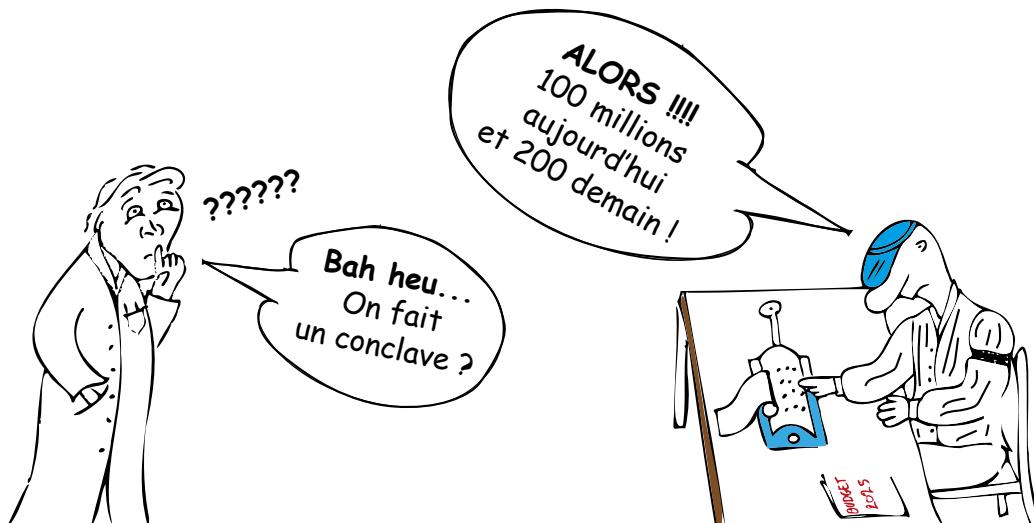
Une fois de plus, la qualité de la prise en charge des patients va être la valeur d'ajustement des économies que le gouvernement recherche.

La pluri annualité annoncée n'est donc qu'un leurre. Si le gouvernement était sincère, il s'engouffrerait dans la mise en place d'une vraie politique de pertinence comme nous le réclamons depuis plus de dix ans.

Mais voilà, au lieu de prévoir l'avenir, comme d'ailleurs pour la réforme des études médicales, on se contente de mesures à très court terme, sans anticipation ni courage politique.

Cette incohérence est grave pour l'avenir du système de santé, celle de nos patients. ●

Article 41 : la Cnam dévoile sa stratégie



Sommaire

Violences envers les soignants : Tolérance zéro !

ACTUALITÉS



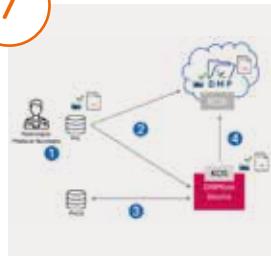
Dr François Chavatte : Le sens de l'engagement

PORTRAIT

9



7



Jean-Marc Chevilly : « Un très grand pas en avant »

GRAND TÉMOIN

12



Régime des autorisations : La parole aux régions

DOSSIER

3 Édito

5 Brèves

10 Médecins radiologues : statistiques Normandie

12 Dossier : Régime des autorisations

22 PIMAP : un modèle pertinent

23 RI : un retard inadmissible pour les patients

24 RI : une chance pour le système de santé

26 Réforme des autorisations : quels constats

28 Un partenariat gagnant-gagnant

30 Petites annonces

32 Vie syndicale

33 Loisirs

34 Formation : Optimisation des scanners

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 487 AVRIL 2025

Annonceurs : Imagine 2025 p. 2-36 – Labelix p. 13 – Forcomed p. 17-25-35 – FNMR p. 29-32

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 – AdobeStock

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

L'IA POUR SORTIR DE L'ERRANCE MÉDICALE

62 % des Français prêts à des solutions alternatives pour obtenir un diagnostic ou un traitement. C'est le chiffre annoncé dans l'étude d'Opinionway pour MedinTechs de février 2025. 43 % des personnes sondées considèrent que l'IA et les outils numériques pourraient améliorer l'accès aux soins et accélérer les diagnostics.

26 % des Français – 45 % des 18-24 ans – seraient prêts à recourir à des ressources numériques ou à l'IA en cas d'errance. **14 % des sondés – 27 % chez les plus jeunes - accepteraient un diagnostic uniquement posé par une IA.**

**14%
DES FRANÇAIS
ACCEPTERAIENT
UN DIAGNOSTIC
PAR IA**

SFRN



La Société Française de Neuroradiologie a élu son président, le **Pr Jean-Pierre PRUVO**, pour la période 2025-2028. La SFRN a aussi renouvelé son bureau. La FNMR adresse au Pr Jean-Pierre Prubo et à tout son bureau ses félicitations.



FRAUDE À L'ASSURANCE MALADIE + 40 %

La Caisse nationale d'assurance maladie a identifié 628 M€ en 2024 (+40 %) contre 450 M€ en 2023 et 128 M€ en 2020.

Ces montants concernent la facturation ou la surcote d'actes fictifs par des professionnels, de fausses ordonnances, de faux arrêts de travail, etc.

La CNAM entend renforcer encore les mesures antifraudes.



DPC

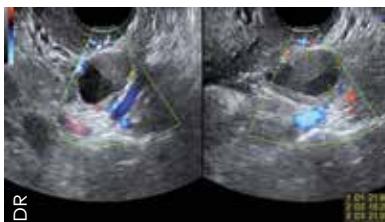
Sur un total de 453 800 professionnels soumis à DPC, seulement 100 186 professionnels l'ont validé pour la période 2020-2022.



LA RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

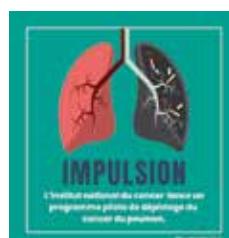
Le régime de base a été revalorisé de 2,2 % cette année, **la retraite complémentaire augmentera de 1,2 %**, a annoncé la CARMF. Le Dr Olivier Petit, président, a indiqué dans la "Lettre aux allocataires" que le *conseil d'administration de notre caisse a choisi avec sagesse de ne pas mettre en danger les équilibres futurs et a décidé fin janvier une revalorisation limitée, sous-indexée par rapport à celle initialement envisagée, afin de prendre en compte les risques estimés.*

ENDOMÉTRIOSE



innovation pour 3 ans. Il sera accessible dans 80 centres (59 hôpitaux, 18 cliniques, 3 établissements de santé). L'arrêté prévoit de financer le diagnostic de 25 000 patientes. 2 500 seront intégrées dans l'étude, dont le protocole est déjà validé par le ministère de la Santé. Le forfait de prise en charge par patiente, incluant l'acte et les frais d'hospitalisation associés, est de 839 euros.

Un arrêté lance l'étude clinique pour le test salivaire de diagnostic de l'endométriose (Endotest) dans le cadre du forfait



SYSTÈME D'INFORMATION POUR IMPULSION

L'institut Respirera a été choisi par l'INCa pour mettre en place le système d'information destiné au programme de dépistage du cancer du poumon Impulsion piloté, pour les radiologues, par le **Pr Marie-Pierre REVEL**. Il intégrera un parcours utilisateur automatisé et anticipera le déploiement en routine du dépistage. Les données électroniques seront récupérées à partir du dossier médical informatisé.

Violences envers les soignants Tolérance zéro !

En réponse au mouvement de grève initié par le « Collectif du 12 mars », le gouvernement a dévoilé une série de mesures visant à protéger les soignants contre les violences dont ils sont de plus en plus souvent victimes. Actuellement bloquée dans les couloirs du Parlement, une proposition de loi sera votée au printemps.

Le constat est préoccupant. Selon le dernier Observatoire annuel de la sécurité des médecins¹, les agressions et les incidents déclarés par les membres de la profession ont augmenté de 27 % en 2023. « Un chiffre très largement sous-estimé », précisait alors le Conseil national de l'ordre des médecins. Malgré les campagnes et les mesures gouvernementales, les choses ne se sont pas améliorées, comme en témoignent les nombreux faits de violences relatés dans les médias. Prônant la tolérance zéro, une quinzaine d'organisations syndicales, dont la Fédération nationale des médecins radiologues, ont lancé un appel à la mobilisation nationale. Réunies sous la bannière du « Collectif du 12 mars », elles ont choisi de faire grève le jour dit, pour dénoncer une « situation intolérable ». Des rassemblements ont été organisés partout en France, devant les préfectures et les institutions publiques, pour faire passer le message suivant : « Protéger les soignants, c'est aussi protéger les patients et le système de santé. La violence à l'encontre des soignants ne doit plus être banalisée. Il est urgent d'agir. »

→ DES REVENDICATIONS LÉGITIMES

Au-delà des mots et des actions, le Collectif portait quatre grandes revendications : une réponse judiciaire adaptée, et des sanctions exemplaires dissuasives contre les auteurs de violences verbales et physiques ; un élargissement du délit d'outrage aux soignants dans l'exercice de leurs fonctions, afin de reconnaître la mission de service public des soignants ; une application systématique, en cas de violences physiques ayant entraîné une interruption totale de travail de moins de huit jours, d'une circonstance aggravante caractérisant le délit ; une mobilisation nationale des pouvoirs publics et des parquets généraux, afin de garantir la sécurité des soignants en ville, à l'hôpital, en pharmacie et lors des interventions à domicile.



Violence verbale, violence physique, vol, destruction, dégradation, détérioration... Le code pénal prévoit des sanctions plus ou moins lourdes contre les atteintes aux personnes ou aux biens en milieu de santé, en fonction de la gravité des faits. La réalité des condamnations prononcées est pourtant bien différente, comme le démontre le jugement rendu par la dix-septième chambre correctionnelle du tribunal de Bobigny en février dernier. L'auteur de la violente

agression physique subie par un médecin drancéen, dont les blessures avaient entraîné une incapacité totale de travail de quinze jours, écope finalement de trois semaines de travaux d'intérêt général et 2 000 euros d'amende.

→ DES RÉPONSES TIMIDES

Les pouvoirs publics ont entendu le message. « La colère des professionnels de santé est légitime, et nous y répondons par des actes concrets. Aujourd'hui, la peur doit changer de camp. Les agresseurs doivent savoir que la République ne leur laissera aucun répit. Notre détermination est totale : nous ne transigerons pas », leur répondait Yannick Neuder, ministre délégué chargé de la Santé et de l'Accès aux soins. Dans un communiqué co-signé par Catherine Vautrin, ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, ils ont notamment promis des sanctions pénales renforcées en cas d'agression ou de vol, la création d'un délit d'outrage pour punir plus sévèrement les insultes et les menaces, mais aussi une simplification du dépôt de plainte protégeant l'identité du soignant. Un frein majeur qui se traduit dans les chiffres. Selon les statistiques ordinaires, seuls 31 % des médecins ayant signalé des violences ont porté plainte. Souvent par peur des représailles...

Volet pénal du plan national pour la sécurité des professionnels de santé présenté en septembre 2023, la proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé est actuellement bloquée dans les couloirs du Parlement. Adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 mars 2024, le texte n'a toujours pas été examiné par le Sénat. D'après les ministres de tutelle, les travaux parlementaires reprendront au mois de mai. La loi sera votée au printemps. ●

Jonathan ICART

¹ Observatoire annuel de la sécurité des médecins, CNOM/Ipsos (octobre 2024).

« Un très grand pas en avant ! »

Dans une interview exclusive, Jean-Marc Chevilly dresse un bilan détaillé du Ségur numérique en santé, dont il rappelle les objectifs, les moyens et les réalisations. Il décrypte également les enjeux de la nouvelle phase du projet, celle de la consommation des documents et des usages, dans le couloir de l'imagerie.

→ Quatre ans après son lancement, quel bilan dressez-vous du Ségur du numérique en santé ? Quelles sont les prochaines étapes du processus ? C'est une véritable réussite collective. Les pouvoirs publics, les éditeurs de solutions, les médecins et les Français ont répondu présent, ce que beaucoup pensaient impossible. En termes de réalisations concrètes, nous avons accompli plus de progrès en quatre ans que lors des vingt dernières années. Nous partions pourtant de loin, que ce soit du point de vue des équipements, de l'alimentation en documents et des usages, notamment en matière de consultation et de partage. Nous avons procédé méthodiquement en impliquant systématiquement les différents acteurs concernés pour susciter leur adhésion. Ce processus comportait trois grandes étapes, dont une phase initiale pour installer le socle juridique et technique avec la création de l'identifiant national de santé et le lancement de Mon espace santé. La première vague nous a ensuite permis de faciliter le partage des contenus médicaux pour alimenter le Dossier médical partagé. Nous avons désormais entamé la dernière ligne droite, celle de la consommation et des usages, notamment dans le couloir imagerie.

→ La dernière phase du projet a été officiellement lancée fin février pour le couloir imagerie. Quels sont les grands défis en la matière ?

Durant les deux prochaines années, les radiologues bénéficieront progressivement d'une mise à jour de leurs outils numériques, financée par l'Etat. Cette évolution logicielle des systèmes d'information radiologiques leur permettra notamment de consulter l'historique médical de leurs patients dans Mon espace santé, d'améliorer l'intégration des documents reçus via MSSanté, mais aussi de renforcer la sécurité du RIS. Autre chantier majeur : le déploiement des DRIMbox marque un tournant historique en matière de partage des données d'imagerie. Dans le cadre du réseau national spécialement créé pour développer ces usages, après les comptes rendus dans le DMP, les clichés seront accessibles via des pointeurs qui

JEAN-MARC CHEVILLEY,
Directeur de projets au sein de la Délégation du numérique en santé



permettront de les consulter et de les télécharger depuis le lieu où ils sont hébergés. Nous avons fait un très grand pas en avant, mais il nous faut désormais concrétiser la promesse.

→ Quels sont les bénéfices attendus pour la profession et les patients ?

A la fois inédit et novateur, ce système de stockage distribué présente de nombreux atouts, notamment sur le plan énergétique et écologique, en évitant de dupliquer des données volumineuses ou de les héberger dans de gigantesques data centers. Sur le plan purement médical, le RIS et la DRIMbox vont permettre de réduire les examens redondants ou de redynamiser des programmes de dépistage, comme celui du cancer →

« LE DÉPLOIEMENT DES DRIMbox MARQUE UN TOURNANT HISTORIQUE EN MATIÈRE DE PARTAGE DES DONNÉES RADIOLOGIQUES »

→ du sein, en facilitant par exemple la dématérialisation de la seconde lecture. La synchronisation des informations sera également un atout majeur pour affiner les diagnostics et flécher les parcours de santé, et donc un vecteur de pertinence et d'efficience qui pourrait se traduire par des économies pour la collectivité. Condition sine qua non pour garantir la sécurité des images et comptes rendus partagés, les enjeux de cybersécurité ne devront pas être négligés, car le risque augmente fortement, surtout dans le contexte géopolitique actuel.

→ **Mon espace santé vient de fêter ses trois ans. Quelles sont les forces et les faiblesses de cet outil ? Quelles sont les conditions de la réussite ?**

Cette interface numérique permet de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé avec les patients et entre professionnels. Simple, rapide et efficace, l'infrastructure fonctionne bien. Le pari est pleinement réussi, car la masse critique d'un document de santé sur deux téléchargé dans Mon espace santé est dépassée, et la progression se poursuit. Une chose est sûre : plus il y aura de données, plus elles seront consultées, comme en témoignent les courbes de partage et de consultation, dont les trajectoires sont parfaitement alignées. Il nous faut donc poursuivre nos efforts de communication pour embarquer la population et les soignants. Les médecins traitants seront un relais privilégié pour informer, sensibiliser et convaincre les patients de partager leurs données de santé, en insistant sur les bénéfices individuels et collectifs de cette démarche, notamment dans le domaine du soin et de la recherche.

→ **Comment intégrer efficacement les systèmes d'intelligence artificielle dans l'espace numérique de santé ? Quels sont les freins et les leviers de leur déploiement ?**

L'intelligence artificielle va contribuer à rationaliser les parcours, les organisations et les pratiques. Dans le secteur de l'imagerie, les solutions technologiques en cours de déploiement permettront notamment de poser des diagnostics plus rapides et plus précis, en particulier pour les fractures et les mammographies. A plus long terme, le tandem radiologue-IA sera un levier de performance augmentée, y compris sur les aspects génératifs, avec deux types de comptes rendus envisagés : un pour les praticiens, très médical, et un autre, plus pédagogique, pour les patients. Deux conditions sont toutefois posées pour accompagner leur déploiement : un niveau de formation adapté pour maîtriser ces outils et un cadre protecteur, au niveau européen, pour garantir les bonnes pratiques.

→ **Quelles sont les perspectives offertes par la création de l'Espace européen des données de santé ?**

Officiellement lancé début mars, l'Espace européen des données de santé est un chantier stratégique, notamment en termes de souveraineté, avec une base commune de traitement qui favorisera la représentativité des solutions technologiques déployées. Cette évolution facilitera également la mobilité des données médicales qui permettront aux patients de se faire soigner dans différents pays avec un niveau d'information comparable. Autre avantage notable : cet espace européen pourra être un atout majeur pour entraîner, à l'avenir, des modèles mathématiques et algorithmiques, dont les données de santé sont le carburant, avec des perspectives concrètes dans la recherche médicale et le développement de systèmes d'intelligence artificielle.

→ **Dans un contexte politique et budgétaire très incertain, les chantiers engagés par la Délégation du numérique en santé sont-ils menacés ?**

Absolument pas ! Les budgets sont sanctuarisés et les crédits du Ségur numérique, financé par le volet santé du plan de relance, ne seront pas rabotés. Tous les chantiers initiés pour construire un espace numérique de santé moderne et innovant seront finalisés. Nous avons, plus que jamais, la volonté de fournir un service public simple, utile et efficace, ancré dans les habitudes de chacun, qui nourrit l'intelligence collective et la performance systémique. Nous irons, tous ensemble, au bout de ce projet structurant pour la santé des Français.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

SÉGUR NUMÉRIQUE : LES CHIFFRES-CLÉS

- **2 milliards d'euros** : c'est le budget total du Ségur numérique. Au sein de cette enveloppe globale, **il y a 1,4 M€ pour le sanitaire et 600 M€ pour le médico-social**. 750 millions d'euros supplémentaires sont fléchés vers l'innovation, dont 80 millions pour le secteur de la radiologie.
- **402 millions** : c'est le nombre annuel moyen de documents envoyés vers Mon espace santé par les professionnels, soit plus d'un document sur deux (chiffre actualisé en janvier 2025).
- **33,5 millions** : c'est le nombre de documents de santé qui ont été téléchargés par les professionnels dans 11,5 millions de dossiers médicaux de Mon espace santé en janvier 2025.
- **5 millions** : c'est le nombre de documents consultés par les patients en décembre 2024.
- **90 %** : neuf utilisateurs sur dix ont déposé un document de santé dans Mon espace santé. Près d'un utilisateur sur deux revient tous les mois sur l'application.

François Chavatte

Le sens de l'engagement

Dans le cadre de ses nombreuses responsabilités, médicales, politiques et syndicales, le Dr François Chavatte a toujours été animé par le même sentiment : trouver le bon compromis entre les intérêts individuels et collectifs. Rencontre.

C'est l'histoire d'une revanche positive sur la vie. Marqué par des hospitalisations prolongées durant son enfance, rabaissé par des parents qui ne croyaient pas en lui, François Chavatte a surmonté ses traumatismes en servant et en sauvant son prochain. Originaire de La Bassée, près de Béthune, il grandit dans une famille modeste, où la défiance règne. Pour démontrer sa valeur aux yeux de ses géniteurs, il ne choisira pas la facilité, en prenant la direction de la faculté catholique de médecine de Lille, où il aura des « contacts humains extras ».

Déterminé, son parcours sera couronné de succès. « Pas si mal pour quelqu'un qui ne pouvait soi-disant pas faire de longues études », insiste-t-il. Travailleur acharné, il franchit aisément le cap de l'internat. Ses ambitions se dessinent progressivement. « Je voulais pratiquer une spécialité intellectuelle et manuelle. La gastro-entérologie me plaisait bien, mais les places étaient prises par les aînés. Comme j'étais bien classé, je me suis tourné vers la radiologie, qui me correspondait bien aussi. » Une fois diplômé, une opportunité professionnelle le conduira vers l'hôpital public.

→ UN MÉDECIN ENTREPRENEUR

Séduit par la promesse de devenir chef de clinique et de pouvoir créer un service de radiologie interventionnelle, François Chavatte commence sa carrière médicale au CH Robert Bisson de Lisieux. Las des promesses non tenues, il quitte cet établissement dix ans plus tard, pour rejoindre le secteur libéral. « Un exercice décrié par les tutelles hospitalières, mais qui nous permet finalement de travailler plus librement, avec plus de moyens, et de passer plus de temps avec nos patients. » Entrepreneur dans l'âme, il fera de ce « petit cabinet de radiologie à l'ancienne » une structure de pointe, spécialisée dans l'imagerie de la femme, qui deviendra le Centre d'imagerie médicale de Lisieux trois ans plus tard, sous son impulsion. Il y a cinq ans, son établissement fusionne avec des cabinets de Lisieux et du Havre, ainsi que les radiologues de Honfleur, Deauville et Cricquebœuf, pour donner naissance au groupe Nora Imagerie. Une référence régionale qui compte actuellement trente-cinq associés et plus de deux cents employés, dont sa propre fille, elle aussi radiologue et future associée,



qui effectue des remplacements. Partie intégrante et membre de Vidi Capital, Nora Imagerie, dont le Centre d'imagerie médicale de Lisieux, reste indépendant dans son fonctionnement. Particularité notable : François Chavatte est un cadre historique de la FNMR. trente-et-un ans après son adhésion, il exerce toujours des fonctions départementales, régionales et nationales, en qualité de vice-président de la Fédération et membre du bureau. Membre du G4¹ Normandie depuis sa création, il est également membre de l'URPS² ML de sa région d'adoption. Ultime preuve de son engagement au service de la communauté : il a été maire de Fervaques, une petite commune de

sept cents habitants, pendant six ans. « La politique politique a finalement eu raison de mes ambitions et j'ai écourté cette expérience enrichissante », dit-il. Une trajectoire qui aurait pu le conduire au Conseil général de Normandie, mais aussi au Sénat.

→ UN REGARD OPTIMISTE

Praticien expérimenté, il pose un regard optimiste sur l'avenir de la discipline, sans négliger les dangers qui la guette, comme la financiarisation. « Les fondements de l'exercice libéral sont menacés par les financiers. Il est crucial de préserver notre liberté de choix et notre indépendance de décision, mais aussi la maîtrise de notre outil de travail, dans notre intérêt et celui des patients. La logique du soin doit primer sur la logique du gain. » Dans un contexte marqué par une baisse des effectifs, radiologues et manipulateurs confondus, et une hausse programmée de la demande de soins, en raison du vieillissement et de la chronicité, la profession doit « se réinventer ».

Outre une progression du nombre d'internes formés, qui dépend du bon vouloir politique, l'intelligence artificielle doit, selon François Chavatte, permettre de pallier cet effet ciseau. « Le progrès technologique va améliorer la précision et la rapidité de nos diagnostics, optimiser nos organisations et nos pratiques professionnelles, mais aussi augmenter nos compétences, notamment dans le champ de la radiologie interventionnelle. Il doit surtout nous permettre de prendre en charge plus de patients et de leur accorder encore plus de temps. » Son message est clair : la machine devra être au service de l'humain et non l'inverse. ●

Jonathan ICART

¹ G4 : délégation régionale du Conseil National Professionnel de la radiologie

² Union Régionale des Professionnels de Santé - URPS

Médecins radiologues Statistiques sur la Normandie 2023

Les données présentées dans cet article sont relatives aux médecins radiologues de la Normandie 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.

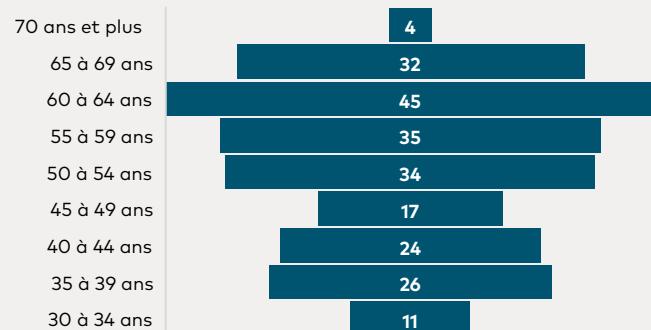
→ DÉMOGRAPHIE

NORMANDIE
Radiologues : 228
Densité : 6,9⁽¹⁾

| Région Normandie | 2010 | 2015 | 2023 |
|----------------------|------|------|------|
| Nbre de radiologues | 230 | 222 | 228 |
| Densité ¹ | 6,9 | 6,7 | 6,9 |

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

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



→ SECTEUR CONVENTIONNEL

86 % des radiologues sont inscrits en secteur 1.
14 % inscrits en secteur 2 ont adhéré à l'OPTAM
et 1 % sont en secteur 2 sans OPTAM.

→ LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

| Normandie 2023 | Taux de dépassement |
|------------------|---------------------|
| Toutes modalités | 4,4 % |

Source : SAD-Ameli

→ PATIENTÈLES

Le nombre de patients par radiologue est de 8 217 en Normandie (7 213 France entière). Il s'échelonne de 7 086 dans l'Orne à 8 896 en Seine-Maritime.

→ ACTIVITÉS

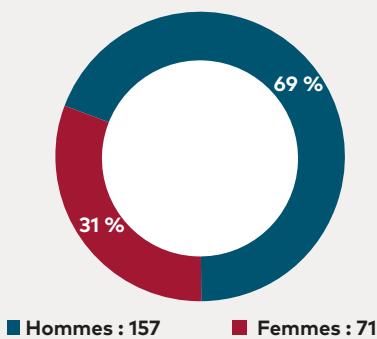
| Normandie 2023 Toutes spécialités | Nombre d'actes | Nombre d'actes en % du total | Dépense totale ² | Dépense remboursable | Dépassements | Dépense remboursée ³ | % du total dépense remboursée |
|--------------------------------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Radiographie conventionnelle | 2,3 M | 57 % | 59 M€ | 58 M€ | 1 M€ | 47 M€ | 36 % |
| Échographie | 1,2 M | 29 % | 75 M€ | 71 M€ | 4 M€ | 58 M€ | 45 % |
| Scanner | 0,3 M | 7 % | 15 M€ | 13 M€ | 1 M€ | 11 M€ | 9 % |
| IRM | 0,3 M | 7 % | 20 M€ | 18 M€ | 2 M€ | 14 M€ | 11 % |
| Total Toutes spécialités | 4,0 M | 100 % | 169 M€ | 161 M€ | 8 M€ | 130 M€ | 100 % |

(2) Dépense totale = Dépense remboursable + dépassements

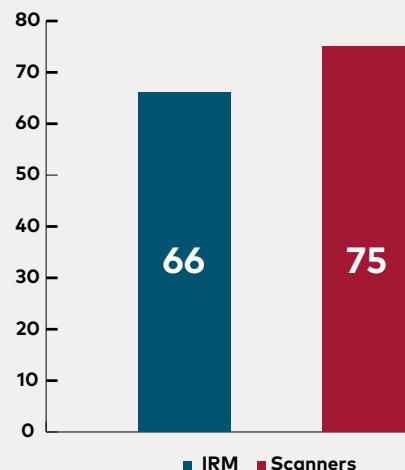
(3) Dépense remboursée par l'Assurance maladie

→ LE SEXE

Répartition des radiologues selon le sexe
(Normandie 2023)



→ ÉQUIPEMENT MATÉRIELS LOURDS EN NORMANDIE (FÉVRIER 2025)



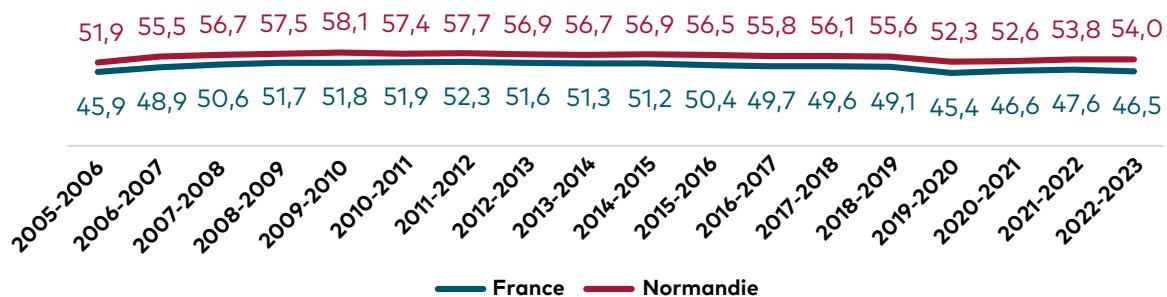
Source : ARS Normandie 2023

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

| Dépistage organisé du cancer du sein Normandie | Années 2022-2023 | | |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| | Population Insee cible | Nombre de femmes dépistées | Taux de participation Insee standardisé (%) |
| France entière | 10 825 132 | 5 045 065 | 46,5 % |
| Normandie | 5556 117 | 299 206 | 54,0 % |

Source : Santé Publique France

Participation au dépistage du cancer du sein (biannuel) en % – Normandie 2005-2023



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



Les régions ont la parole

Dans leurs territoires respectifs, les représentants de la profession dresse un bilan contrasté de la réforme du régime des autorisations de soins et équipements matériels lourds (EML), dont les modalités et les résultats varient sensiblement selon les régions. Outre une répartition plus équitable des machines entre la ville et l'hôpital, ils plaident pour une « libéralisation » de la radiologie interventionnelle (RI). Une pratique novatrice qui comporte de nombreux bénéfices systémiques.



Dr Éric CHEVALLIER
Radiologue libéral
Président de l'Union régionale
FNMR de Bretagne

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :
« En Bretagne, la réforme des autorisations de soins et équipements matériels lourds reste, comme partout, dans un certain flou. La situation régionale globale vis-à-vis de l'Agence Régionale de Santé (ARS) semble toutefois évoluer de façon plutôt favorable depuis plusieurs années. Nous sommes progressivement passés d'une politique dogmatique totalement anti-libérale à une attitude nettement plus pragmatique et plus équilibrée entre public et privé. A Vannes, le groupe Riva est, par exemple, la seule structure à détenir l'autorisation d'une IRM 3T sur le territoire. L'implantation sur l'hôpital n'était pas possible en raison d'une dalle béton insuffisante pour accueillir la machine. Mais il y a quelques années, il n'était politiquement pas envisageable que les libéraux aient une avance technologique par rapport à l'hôpital. Ce qui n'empêche pas le CHU de Brest d'attirer fortement l'attention de l'ARS et des médias dans le Finistère Nord, avec un véritable régime de faveur. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital : « Les libéraux sont porteurs de projets qui ont beaucoup de sens, dont les PIMAP¹, avec un projet en cours d'installation à Auray dans le Morbihan, et un projet à Châteaulin dans le Finistère qui vient de recevoir l'accord de l'ARS. Ces "massifs coralliens médicaux", avec des équipements lourds

→ BRETAGNE



associés à un plateau d'imagerie classique dans une zone sous-dotée, sont la base de développement d'un écosystème sur lequel vont se greffer tous types de praticiens médicaux et paramédicaux qui bénéficieront d'un accès facilité à l'imagerie et d'un mode de fonctionnement plus serein. Il en découlera naturellement un désenclavement de zones sous-dotées sur le plan sanitaire. Les élus locaux ne peuvent qu'être facilitateurs de ce type de projets. Le réseau de télé-radiologie Bretagne Tre-BREIZH, auquel participent radiologues publics et privés de toute la région pour désenclaver les hôpitaux en insuffisance de radiologues, contribue également à la bonne perception de l'imagerie libérale bretonne, co-fondatrice du projet via l'URPS². Le réseau de télé-radiologie participe, par ailleurs, à éviter l'implantation des groupes financiers en Bretagne. Cette influence favorable est surtout palpable en Ille-et-Vilaine, département pilote, en particulier à Saint-Malo, qui travaille historiquement avec l'hôpital. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « Il est évident que les cotations actuelles rendent très difficile son exercice dans le secteur libéral. Pour contourner cet écueil, la clinique de Vannes participe aux frais de matériel (souvent plus élevés que la cotation de l'acte lui-même) et équilibre ses charges via le GHS³ au cours de la surveillance post-thérapeutique. Cette collaboration permet aux praticiens de s'exprimer professionnellement, et à la clinique d'élever le niveau de son arsenal thérapeutique global pour le plus grand bénéfice des patients. Elle permet également de faciliter le recrutement de nouveaux praticiens, attirés par le dynamisme ambiant. Cette solution locale est fonctionnelle mais très insuffisante, et ne peut être considérée comme structurelle. La RIA⁴ permet souvent une alternative thérapeutique nettement moins lourde que la chirurgie classique pour les patients, et nettement plus économique pour la société. L'hôpital public ne peut pas assurer l'ensemble des besoins de la population. La nécessité de son développement dans le milieu libéral est donc une évidence. » ●

¹ Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité – PIMAP

² Union Régionale des Professionnels de Santé – URPS

³ Groupe Homogène de Séjour – GHS

⁴ Radiologie Interventionnelle Avancée – RIA



Dr Éric MADEUF

Radiologue libéral

Président de l'Union régionale

FNMR Centre-Val de Loire

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :

« En Centre-Val de Loire, la prochaine fenêtre de dépôt des dossiers aura lieu du 1^{er} mai au 1^{er} juillet. Les dossiers devront être déposés en début de fenêtre, qui sera considérée comme complète ou non dans les deux mois, puis transmis à la Commission spécialisée de l'organisation des soins pour avis, avant la décision du directeur général de l'ARS dans les six mois. Dans notre région, la carence en radiologues privés et publics, tout au moins hors CHU, est un véritable problème. Comme toujours, les implantations dans le public sont vues d'un œil favorable, mais le principe de réponse aux besoins finit par primer. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital :

« L'activité quotidienne devrait être le premier critère de décision en matière d'autorisation. Pourquoi y a-t-il deux ou trois fois moins d'activité en public qu'en privé

sur les IRM en GIE⁵, alors même que la proportion de patients externes est de loin supérieure à la moitié des vacations publiques ? Il y a néanmoins un bémol : certains sites semblent privilégier anormalement l'activité ostéo-articulaire, plus facile en télé-radiologie et surtout moins coûteuse en produits de contraste, alors même que leur implantation a surtout répondu à des critères de couverture territoriale. Aussi faudrait-il sans doute rajouter un critère de polyvalence dans la réalisation des examens, basé sur les délais de rendez-vous, par catégorie, afin que les examens "lourds" ne se reportent pas systématiquement sur les mêmes structures plus éloignées. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville :

« Le développement de la radiologie interventionnelle nécessitera, outre les compétences et le temps, une surveillance renforcée des patients après l'acte. Avec mon groupe, nous tentons de monter un partenariat privé-public dans ce domaine, mais cette initiative se heurte à de nombreux soucis de fonctionnement, sans parler des critères de rentabilité affligeants. » ●

⁵ Groupement d'Intérêt Économique

Le « leadership » de la démarche qualité

L'importance du « leadership » dans la démarche d'amélioration continue de la qualité en radiologie ou comment les « radiologues » doivent impulser la démarche qualité.

Un des objectifs principaux d'une démarche d'amélioration continue de la qualité en imagerie médicale est de viser la plus grande satisfaction des parties prenantes (patients mais également les médecins adresseurs, le personnel, l'ARS, l'ASNR, ...) en réduisant les risques liés à la prise en charge (rayonnements ionisants, champs électromagnétiques, identitovigilance, incendie,...). **Et le radiologue joue un rôle de la plus haute importance dans cette démarche...**

Au-delà de leur rôle de médecin, les radiologues assument également **une fonction de leader** en raison de la diversité de leurs responsabilités. En effet, ce sont eux qui se positionnent en tête du leadership dans le domaine des soins de santé (pour rappel, le leadership, terme emprunté à l'anglais, définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains

LABELIX

objectifs). Leur engagement envers une philosophie de progrès constant repose sur la conviction qu'il y a **toujours de la place pour l'amélioration, même la plus infime**. Cette approche s'inscrit dans une démarche qualité continue, visant à optimiser les pratiques et les processus pour offrir des soins toujours plus sûrs et efficaces. Elle incite les responsables du secteur à créer un environnement où l'innovation est non seulement encouragée, mais attendue, et où chaque membre de l'équipe est encouragé à remettre en question le statu quo pour impulser des changements progressifs menant à des avancées collectives et significatives.

En conclusion, le leadership du radiologue est au cœur des démarches qualité, et le Labelix incarne cette exigence d'excellence en radiologie. ●

Virginie MOTTE, Ceos'Consult

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



→ GRAND EST



Dr Sébastien THIRIAT Radiologue libéral Président FNMR de l'Alsace

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires : « La réforme des EML a permis de compléter les équipements de plateaux existants, notamment en IRM. Ceci était plus que nécessaire, compte tenu de la forte tension concernant les délais de rendez-vous, en pathologie cancérologique en particulier. De ce point de vue, la réforme permet de répondre, au moins en partie, à la problématique actuelle d'accès des patients aux outils diagnostiques. Néanmoins, les modalités d'attribution, reposant sur les plateaux existants, ferment la porte à l'installation de nouveaux sites, plus proches des patients loin des grandes villes. Or, c'est précisément cette population qui a le plus besoin de voir renforcer l'offre de soins. C'est pour cette raison qu'il nous paraît de plus en plus urgent de favoriser l'attribution des machines à des PIMAP⁶. Ces plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité permettraient de renforcer le maillage territorial de manière pérenne, au contact avec les acteurs médicaux de proximité, et probablement à terme de désengorger les urgences en réalisant des diagnostics plus poussés en amont, en périphérie. A titre d'exemple, sur la région alsacienne, il existe au moins deux sites d'imagerie de proximité qui mériteraient d'être équipés en imagerie lourde et qui ne font pas, pour le moment, partie du cadre d'attribution. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital : « La complémentarité entre la médecine de ville et la médecine hospitalière doit, plus que jamais, être au cœur de la réflexion de toute politique de santé publique. Ce sont, en effet, les acteurs du privé qui permettent d'assurer au mieux le maillage territorial du fait de la localisation de leurs cabinets. Et c'est d'ailleurs tout l'intérêt de s'appuyer dessus, en favorisant la transformation de ces sites en PIMAP quand la situation le permet, pour proposer les mêmes chances aux patients des campagnes

qu'aux patients des villes. Au-delà de l'égalité des chances, qui est cruciale, cette évolution renforcera l'efficience de la prise en charge en lien direct avec les médecins traitants. Ne seront adressés vers les centres hospitaliers que les cas "pré-triés" par ces centres, permettant ainsi de désengorger les urgences et d'optimiser l'adressage directement vers le service adapté. Ceci aura indéniablement un effet positif sur la fréquentation des services d'urgence et si on parle de coût, puisqu'il en est de plus en plus question, les économies liées à l'absence d'errance diagnostique, à l'absence d'accumulation d'examens (souvent réalisés dans les SAU⁷ par manque de temps et de données fiables des patients à leur admission) seront d'emblée manifestes. C'est donc là tout l'intérêt de rééquilibrer l'attribution des machines entre le public et le privé : fluidifier la prise en charge, améliorer le service rendu au patient et limiter les coûts. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « La réflexion sur la radiologie interventionnelle est très similaire. Dans ce domaine, les compétences ne se limitent pas aux centres hospitaliers publics, bien au contraire. De plus en plus de radiologues sont formés à des actes de RI de différents niveaux et partent s'installer dans le privé dans l'optique de développer ou de continuer à développer cette activité en cabinet ou en clinique. La demande en RI explose et les centres hospitaliers ne sont pas en mesure d'assurer, dans des délais corrects, l'ensemble des demandes. Il est donc tout simplement logique, voire fondamental, de s'appuyer sur les radiologues privés pour répondre à cette problématique de santé publique, et ce en attribuant des autorisations de RI aux centres et radiologues compétents. Plus que jamais et quel que soit le segment de radiologie que nous regardons, il est clair que l'offre de soins repose sur deux piliers qui doivent agir de concert et non en opposition : le privé et le public. » ●

⁶ Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité – PIMAP

⁷ Service d'Accueil des Urgences – SAU



Dr Christian FORTEL

Radiologue libéral

Président de l'Union Régionale

FNMR d'Ile-de-France

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :

« La réforme des autorisations va générer une nouvelle répartition des implantations de plateaux d'imagerie lourde, en modifiant les règles qui s'imposaient jusque-là. Elle favorisera les centres existants et entraînera une concentration des machines sur des centres déjà implantés. On peut y voir un moyen supplémentaire d'augmenter le parc de ces machines puisque la France est historiquement en retard, alors que les besoins sont grandissants face aux progrès techniques et à la place essentielle qu'occupe désormais l'imagerie dans la prise en charge des patients. Cette politique va dans le sens de la tendance à la concentration des centres d'imagerie. Elle ne doit pas pour autant suppléer les implantations nouvelles. Ce développement soulève deux interrogations majeures : comment assurer l'équilibre financier de nos structures si la politique de santé se poursuit sur une vision comptable, à enveloppe constante, sans tenir compte des économies générées grâce à l'imagerie ? Et comment ne pas voir le risque de baisse de la valeur des forfaits techniques ? Cette réforme entraînera des conséquences différentes pour les radiologues travaillant dans des secteurs non concurrentiels, à la différence de ceux implantés dans de grandes villes où la concentration des centres et leur concurrence peut amener à une inflation d'implantations. Le choix d'étendre son plateau d'imagerie doit reposer sur une demande locale et une réalité économique, tout comme on le fait avant d'acheter un échographe ou un mammographe non soumis à autorisation. Le rattrapage du nombre d'équipements en matériel lourd sur notre territoire, longtemps freiné par nos tutelles, se déroule à un moment critique où la démographie médicale et celle des manipulateurs sont en berne, ce qui complique considérablement leur développement. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital :

« Malgré les nouvelles autorisations octroyées ces dernières années, la France souffre inévitablement de la comparaison avec les autres pays européens, en termes d'implantations en ville. Le rôle des structures libérales est pourtant primordial, en complément de celui des hôpitaux, que ce soit pour augmenter le nombre d'examens planifiés ou traiter les demandes urgentes. Il y a, derrière cette question, l'enjeu de renforcer le maillage territorial pour répondre plus efficacement aux besoins croissants de la population. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville :

« La radiologie interventionnelle est extrêmement prometteuse par rapport aux actes chirurgicaux via ses performances et ses moindres effets secondaires. Source de sécurité pour les patients et d'économies pour la société, cette pratique nécessite toutefois une formation spécifique pour un nombre suffisant de radiologues ; une filière spécialisée a été mise en

© AdobeStock



place à la fin de l'internat. Le coût de la pratique devrait pouvoir être supporté par une nomenclature adaptée, afin de permettre son développement en libéral. Elle doit être indépendante de celle de la radiologie diagnostique sans la déstabiliser, en dehors des enveloppes globales, en tenant compte des économies générées. » ●

COMMENT ASSURER L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE NOS STRUCTURES SI LA POLITIQUE DE SANTÉ SE POURSUIT SUR UNE VISION COMPTABLE, À ELOPPE CONSTANTE, SANS TENIR COMPTE DES ÉCONOMIES GÉNÉRÉES GRÂCE À L'IMAGERIE ?



Régime des autorisations

LA PAROLE AUX RÉGIONS

→ ILE-DE-FRANCE



Dr Fernando NEVES

Radiologue libéral
Président de la FNMR
du Val-de-Marne (94)

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :

« Les premiers résultats de la réforme sont assez mitigés en Ile-de-France. Tout d'abord, il aura fallu faire les demandes de renouvellement pour les EML déjà autorisés, alors que cela avait été fait il y a très peu de temps pour certains équipements. Cette réforme survient également dans un contexte où plusieurs équipements ont été autorisés il y a deux ans et alors que toutes les machines n'ont pas encore été installées. Sur certains secteurs, nous avons l'impression que l'offre de soins est arrivée à saturation avec des équipements qui tournent "sans délai" de rendez-vous et il n'apparaît pas clairement d'intérêt à installer des EML supplémentaires du fait de la réforme. Pourtant, c'est probablement ce qui va arriver. Dans notre région, nous avons donc l'impression que cette réforme arrive trop tard et ne répond pas à un réel besoin. Un réel dimensionnement des Objectifs quantifiés de l'offre de soins en fonction des besoins des territoires eût été préférable et aurait mieux répondu aux attentes, tout en donnant plus de visibilité aux ARS sur les machines à installer. Le nombre de manipulateurs nécessaires pour exploiter pleinement ces machines n'a pas non plus été anticipé et va causer des difficultés dans les années à venir. Les vacations

réalisées en télé-radiologie soulèvent également de nombreuses interrogations. Qui contrôlera les pratiques pour éviter les dérives ? Cette réforme donne l'impression que le problème n'a pas été envisagé dans sa globalité. »

Le développement de la radiologie interventionnelle en ville : « La radiologie interventionnelle est une sous-spécialité en devenir. Plusieurs conditions sont toutefois posées pour favoriser son déploiement en libéral, dont des cotations adéquates et rapidement adaptées aux pratiques. Actuellement, les établissements de santé n'ont pas toujours les accès suffisants à proposer aux radiologues et il existe une compétition importante avec les spécialités chirurgicales sur certains actes. » ●

UN RÉEL DIMENSIONNEMENT
DES OBJECTIFS QUANTIFIÉS
DE L'OFFRE DE SOINS EN FONCTION
DES BESOINS DES TERRITOIRES EÛT ÉTÉ
PRÉFÉRABLE ET AURAIT MIEUX RÉPONDU
AUX ATTENTES

→ ILE-DE-FRANCE



Dr Layla BOULOS

Radiologue libérale
Présidente de la FNMR
du Val-d'Oise (95)

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :

« La réforme des EML, pensée pour augmenter le nombre d'équipements matériels lourds installés, était une nécessité. Le nombre absolu de machines en France était insuffisant, et sa répartition inégale. Le tout se traduisant par des délais longs pour les patients pour obtenir leurs bilans de scanner, IRM ou radiologie interventionnelle. Essentielle, la réforme a toutefois introduit de nouvelles difficultés. L'autorisation par site a une limitation pratique : certains sites, n'ayant pas la surface nécessaire, ne peuvent pas installer ailleurs un deuxième ou un troisième matériel sans risquer de perdre leur autorisation. L'exigence d'une deuxième demande

pour les autorisations déjà accordées rajoute une difficulté organisationnelle et un risque pour les structures : engager des travaux et des achats – onéreux – avant la deuxième autorisation et risquer d'avoir investi pour rien ? Ou attendre la deuxième autorisation, alors que l'organisation initiale – souvent intriguée avec d'autres acteurs, notamment hospitaliers dans le cadre de GIE⁸ – dépendait d'un calendrier maintenant repoussé ? Certaines autorisations restent incompréhensibles. Il est exigé – et c'est parfaitement normal – de disposer des ressources médicales pour l'obtention d'autorisations d'EML. Or, nous voyons des scanners et IRM (une autorisation donnant lieu à trois) accordées à des cabinets fonctionnant avec un radiologue associé, et une kyrielle de remplaçants. Enfin, il est difficile d'anticiper le nombre d'autorisations supplémentaires qui aboutiraient réellement à une installation. »

⁸ Groupement d'Intérêt Économique – GIE



Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital : « Les différents intervenants agissent avec des organisations différentes, certes, mais dans un même but : le soin des patients. Tout ce qui peut améliorer cet élément est à développer. La présence de matériel lourd en nombre suffisant en

libéral permet aux patients d'avoir leurs bilans dans des délais plus courts, et nous en connaissons tous l'importance. Ce faisant, certains services hospitaliers engorgés peuvent avoir leur activité de patients externes allégée, leur permettant de réaliser les examens des patients hospitalisés plus rapidement. Ce raccourcissement des délais permet une prise en charge plus rapide donc plus efficiente des patients hospitalisés, mais également un raccourcissement des durées d'hospitalisation, libérant des places et diminuant les coûts. Enfin, nous avons tous des compétences différentes, et la répartition équitable des équipements permettrait la prise en charge des patients par type de spécialité. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « Nous avons besoin de rassurer les tutelles sur la qualité et la sécurité des soins : les radiologues libéraux effectuant ces gestes ont la même formation que les hospitaliers. C'est une évidence, mais peut-être a-t-elle besoin d'être rappelée. Et sans doute, dans ce domaine, insister sur la collaboration public-privé pour prendre en charge des patients hospitalisés en ville si la compétence spécifique se trouve là, ou que le délai est plus court ; comme pour faire hospitaliser des patients au besoin. Autre argument et non des moindres, un geste pouvant être fait en ville permet des économies en évitant le coût d'hospitalisations non nécessaires. » ●



Maîtrisez la réforme des autorisations équipements lourds

LES RÉCENTES RÉFORMES IMPACTENT DIRECTEMENT L'AUTORISATION ET L'UTILISATION DES MATERIELS LOURDS EN RADIOLOGIE

Pour vous aider à anticiper ces évolutions, Forcomed vous propose une formation dédiée, synthétique et adaptée à votre emploi du temps. La réforme des autorisations modifie les règles d'implantation et d'exploitation des équipements lourds en imagerie médicale.

Cette formation vous permet de comprendre les nouveaux cadres réglementaires, d'anticiper leur impact sur votre activité et d'adopter les meilleures stratégies pour rester conforme. **Ne prenez aucun risque : maîtrisez ces évolutions pour garantir la pérennité et l'excellence de votre exercice.**



RADIOLOGUES CADRES



FORMATION EN PRÉSENTIEL



1 JOURNÉE



920 EUROS
(adhérent FNMR : 890 euros)

FORMATEURS :

Dr Eric CHAVIGNY et Dr François JAMBON,
médecins radiologues

M^{me} Alix DOMAS-DESCOS,
avocate



Scannez ce QR code pour obtenir le lien

FORCOMED
Formations pour les Métiers de la Radiologie

Contactez **Forcomed** pour vous inscrire – Tél. : 01 53 59 34 02 et www.forcomed.org/contact



→ NORMANDIE



Dr Marc MIGRAINE, Président

Dr François CHAVATTE,
Vice-Président

Dr Franck CLAROT, Secrétaire
Radiologues libéraux
Union régionale
FNMR de Normandie

La situation en Normandie : « La Normandie compte actuellement 141 EML. Grâce à la réforme, cette région pourrait potentiellement compter 267 EML. Or, il n'en sera rien, car les radiologues normands n'ont déposé que 34 demandes d'EML supplémentaires (12 TDM et 22 IRM) auprès de l'ARS dans le cadre du PRS⁹ 2024, soit un nombre très inférieur aux possibilités offertes. Pourquoi ? Ce hiatus s'explique par le cadre de la réforme des autorisations, qui attribue 3 EML par lieu et par structure juridique, mais aussi par une demande limitée des radiologues, pénalisés par une démographie médicale très déficitaire et un manque criant de manipulateurs(trices). De plus, afin de limiter encore l'inflation du parc d'EML, l'ARS a réduit, dans le PRS 2024, le nombre de nouvelles installations à 6 sur toute la Normandie. La révision du Schéma régional de santé prévoit, en janvier 2025, d'attribuer 3 nouvelles implantations d'imagerie diagnostique sur la Normandie, ce qui ne corrigera malheureusement pas l'absence de scanner dans des établissements privés de courte durée. Alors que l'ARS Normandie s'était appliquée à respecter une stricte égalité entre « la ville » et l'hôpital en termes d'autorisation, cette situation déroge à la règle, et ce malgré de bonnes relations que nous entretenons avec les différents directeurs généraux de l'ARS Normandie depuis 15 ans. »

Les inconvénients de la réforme : « Si la réforme des EML a été bien accueillie par les radiologues normands, elle présente trois inconvénients : la restriction des nouvelles implantations laisse des établissements hospitaliers de courte durée (MCO) avec activité chirurgicale (4 cliniques : St Lo, Lisieux, Alençon, Saint-Antoine à Rouen) sans EML et notamment sans scanner. C'est pourquoi le G4¹⁰ Normandie, dans un courrier rédigé en janvier dernier, demandait au directeur général de l'ARS de permettre des transferts d'autorisations d'un site à l'autre, sur un même territoire de santé. Cette réforme renforce les zones déjà bien dotées en EML, et notamment les agglomérations au détriment du milieu rural ou semi-urbain "sous-doté en équipements lourds". Elle va donc à l'encontre de la volonté d'inciter les spécialistes de centre-ville à investir les territoires défavorisés et les déserts médicaux, dont l'importance est pourtant régulièrement débattue. En délivrant une

autorisation d'imagerie diagnostique de 3 EML par entité juridique, elle pénalise les groupes qui avaient simplifié leur administration en faisant porter les EML par une unique structure. A l'inverse, la présence sur le même site de plusieurs entités juridiques permet de disposer d'un nombre excessif d'EML (3 par entité). »

La radiologie interventionnelle : « Le nombre d'autorisations de radiologie interventionnelle envisagé par l'ARS en Normandie est important et devrait encourager le développement des actes d'imagerie interventionnelle. Cependant, il est regrettable que la fenêtre de dépôt d'autorisations, initialement prévue en juin dernier, ait été reportée en septembre-octobre 2025. »

Synthèse : « La réforme des autorisations a notablement modifié la nature des difficultés des radiologues normands. Jusqu'à récemment, le problème majeur du développement régional de notre spécialité était le manque d'équipements lourds ; il tient désormais au manque de radiologues et de manipulateurs(trices). C'est pourquoi les radiologues libéraux souhaitent participer à la formation des internes en les accueillant dans leurs services, dans le respect de la charte du Conseil national professionnel de la radiologie (G4), afin d'en augmenter le nombre en formation (18 internes par an au total dans les CHU de Rouen et Caen). Les radiologues libéraux espèrent ainsi limiter les départs de la région, car un tiers des médecins radiologues la quitte malheureusement à l'issue de leur formation. Enfin, le G4 Normandie reste très attentif à la possibilité de transferts d'autorisations d'un site à l'autre afin que les cliniques sans scanner ne soient plus pénalisées. » ●

LA RÉFORME VA À L'ENCONTRE DE LA VOLONTÉ D'INCITER LES SPÉCIALISTES DE CENTRE-VILLE À INVESTIR LES TERRITOIRES DÉFAVORISÉS ET LES DÉSERTS MÉDICAUX

⁹ Projet Régional de Santé – PRS

¹⁰ Délégation régionale du Conseil National Professionnel de la radiologie

→ NOUVELLE-AQUITAINE



Dr Éric CHAVIGNY

Trésorier de l'Union régionale
FNMR de Nouvelle-Aquitaine

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires : « Dix-huit mois après sa mise en place, la réforme du régime des autorisations d'imagerie en coupe n'a pas simplifié autant que prévu les procédures. Bien que le dépôt des dossiers soit dématérialisé, la plateforme utilisée est jugée peu intuitive et source de complications. Les ARS sont sous pression en raison du grand nombre de demandes à traiter dans un délai restreint, et les Commissions spécialisées de l'offre de soins doivent analyser un volume important de dossiers par séance. De plus, l'application de la réforme varie selon les régions : certaines ARS favorisent l'autorégulation des acteurs, tandis que d'autres, comme en Nouvelle-Aquitaine, sont plus régulatrices, entraînant des disparités dans l'accès aux équipements. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital : « La réforme actuelle favorise l'installation de nouveaux équipements dans des établissements déjà détenteurs d'autorisations, limitant ainsi les possibilités de nouvelles implantations, notamment dans le secteur libéral. Un rééquilibrage des implantations est nécessaire, non seulement pour assurer un accès équitable aux équipements d'imagerie, mais aussi pour garantir une meilleure pertinence des actes et des ressources disponibles. Les secteurs hospitalier et libéral ne doivent pas être en concurrence, mais fonctionner de manière complémentaire. Les hôpitaux doivent se concentrer sur les soins aigus et complexes, tandis que les structures libérales peuvent absorber une partie des examens programmés et des actes interventionnels. »



Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « Cette évolution représente un progrès majeur pour l'organisation des soins. Grâce à des actes mini-invasifs sous guidage radiologique, la radiologie interventionnelle permet de réduire les hospitalisations inutiles et d'améliorer la prise en charge des patients. Longtemps réservée aux hôpitaux, la réforme autorise désormais sa pratique en cabinet libéral, élargissant ainsi l'offre de soins. Dans un souci de coordination avec les hôpitaux et de respect des normes de qualité et de sécurité, les autorités de santé restent toutefois prudentes. Accès plus rapide aux soins, prise en charge ambulatoire et meilleure organisation du parcours de soins... Les avantages pour les patients sont pourtant significatifs. Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville permettrait également de désengorger les hôpitaux et d'optimiser les ressources médicales, contribuant ainsi à une gestion plus efficace du système de santé. » ●



→ OCCITANIE

Dr Jean-Louis PUECH

Radiologue libéral
Président de la FNMR
de Haute-Garonne (31)

Dr Éric BRUGUIERE

Radiologue libéral
Secrétaire départemental
de la FNMR Haute-Garonne (31)

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires : « Le nouveau régime d'autorisation d'activité d'équipements matériels lourds est entré en vigueur il y a dix-huit mois en France, avec l'ambition de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer l'efficacité du système de santé en imagerie médicale. Les radiologues ont dû appréhender le nouveau format

de dossier imposé par la plateforme SI-Autorisation. Cette plateforme a globalement bien fonctionné, même s'il a fallu comprendre la philosophie et la nouvelle méthode de remplissage des dossiers. En Occitanie, l'ARS a rendu son verdict le 15 janvier 2025 : toutes les demandes de ré-autorisations ont été acceptées, à une exception près, conditionnée à une négociation imposée sous deux mois entre radiologues et un établissement de santé privé à capitaux financiers. L'un des objectifs de la réforme était de corriger les inégalités régionales. En Occitanie, un déséquilibre historique opposait l'ex-Midi-Pyrénées, longtemps sous-dotée, à l'ex-Languedoc-Roussillon. Le nouveau régime a permis d'autoriser de nouvelles implantations en dehors des établissements de santé, afin d'améliorer le maillage territorial, même si ce déséquilibre persistera certainement. Cette évolution constitue une avancée majeure pour les zones rurales et périurbaines, souvent moins bien servies. Avec les nouvelles autorisations octroyées, le nombre d'EML implantés pourrait augmenter jusqu'à 60 % par rapport au parc existant. L'un des principaux freins à →



Régime des autorisations

LA PAROLE AUX RÉGIONS

→ la mise en œuvre effective des nouvelles autorisations est la pénurie de manipulateurs en radiologie. Ce problème est particulièrement aigu dans l'ex-Midi-Pyrénées, où le nombre de professionnels formés demeure insuffisant. Une augmentation du nombre de manipulateurs est indispensable à très court terme pour assurer un fonctionnement optimal des nouvelles installations. Sans cela, il existe un grand risque que certaines autorisations restent lettres mortes, faute de personnel qualifié pour les exploiter, et que les titulaires aient du mal à faire face à leurs charges financières d'installation et d'exploitation. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital :

« Le rééquilibrage du nombre de scanners et d'IRM entre la ville et l'hôpital est une nécessité pour assurer une prise en charge optimale des patients et répondre aux besoins croissants en imagerie médicale. Les critères d'attribution des EML doivent être repensés pour intégrer des indicateurs cliniques et organisationnels pertinents, et la radiologie interventionnelle doit être développée en ville pour améliorer l'offre de soins et décharger les établissements. Le parc d'EML doit être rééquilibré entre scanner et IRM ainsi qu'entre secteurs public et privé. L'IRM est actuellement un outil incontournable en imagerie médicale, non seulement pour ses applications historiques en neuro-radiologie et en imagerie ostéo-articulaire, mais aussi pour de nombreuses indications en cancérologie (sein, pelvis féminin, prostate) et dans certaines pathologies comme l'endométriose, le suivi des TIPMP du pancréas ou en imagerie cardiaque. La demande pour ces examens ne cesse d'augmenter, et il est essentiel que les IRM soient accessibles hors des établissements de santé pour fluidifier l'accès aux soins. L'attribution des autorisations d'EML doit reposer sur des critères plus transparents et pertinents. La majorité des décisions de l'ARS Occitanie ne sont pas en accord avec les propositions de la COSOS¹¹ avec un droit de

dérogation utilisé par son DG sur plusieurs dossiers présentés. Les délais de rendez-vous doivent constituer un indicateur-clé, afin d'éviter que certaines régions ne souffrent de carences quand d'autres disposent d'une offre surabondante. De plus, la proportion d'activité polyvalente hors imagerie ostéo-articulaire devrait être prise en compte, afin de favoriser les centres offrant une prise en charge diversifiée et répondant aux besoins médicaux prioritaires. Par ailleurs, il faut espérer une revalorisation de la cotation des actes les plus utiles en termes de santé publique, et nécessitant des appareillages plus performants et plus coûteux. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « La radiologie interventionnelle joue un rôle essentiel en complément des autres méthodes thérapeutiques, souvent plus invasives et plus coûteuses. En ville, elle permettrait de traiter la douleur, de réaliser des infiltrations et de nombreuses biopsies. La radiologie interventionnelle souffre cependant d'un déficit de reconnaissance et d'un mode de cotation insuffisant face aux coûts des techniques employées. Une revalorisation de ces actes est indispensable pour pérenniser cette activité, qui est souvent perçue comme non rentable et chronophage au sein des groupes de radiologie. En améliorant sa reconnaissance financière et en sensibilisant les tutelles à son importance, il serait possible d'encourager son développement et d'assurer une meilleure prise en charge des patients. Tout en renforçant l'image du radiologue comme soignant et non plus seulement comme un effecteur d'examens d'imagerie, la radiologie interventionnelle en ville doit s'imposer comme une composante essentielle du parcours de soins qui sera bénéfique pour les patients, mais aussi pour l'organisation globale du système de santé. » ●

¹¹ Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins – CSOS

→ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Dr Éliane DALMAS

Radiologue libérale

Présidente de la FNMR

des Bouches-du-Rhône (13)

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :

« Pour remplir le dossier de demande d'autorisation sur le site SI-autorisation – à part inscrire tous les renseignements dans les cases prévues par l'ARS – la complexité a été la même que pour les demandes d'autorisations antérieures, si ce n'est qu'il fallait s'approprier l'informatique. Le site SI-autorisation dans les Bouches-du-Rhône a plus ou moins figé l'existant en donnant peu de nouvelles autorisations pour l'instant, en tout cas pas connues de façon formelle et non publiées sur le site de l'ARS. Il y en aurait, a priori, deux à trois supplémentaires... Ceux qui ont vu leur autorisation renouvelée l'ont su fin



janvier ou début février, le dossier étant clos depuis le mois d'août. Les structures en place ont été acceptées. Celles qui avaient déjà un scanner et une IRM ont été validées, la plupart ayant demandé de bénéficier d'un EML supplémentaire, le plus souvent IRM, parfois les deux (secteur hospitalier). D'autres n'ont pas encore demandé d'EML supplémentaire (problème de recrutement à la fois de médecins et de MERM¹²) pour faire tourner ces nouvelles machines. »

¹² Manipulateur en Électro-Radiologie Médicale – MERM

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital :

« Il est important de ré-équilibrer le nombre de machines entre l'hôpital et la ville, mais à condition que les autorisations de ville appartiennent aux radiologues. Il faudrait que l'ARS revoie sa demande de s'adosser systématiquement à une clinique, ce qui était le cas jusque-là en PACA. Cela permettrait de faire entrer des jeunes radiologues, aujourd'hui peu enclins à reprendre des cabinets de ville sans accès à l'imagerie en coupe. D'où les difficultés de revente des structures de ville. » ●

→ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Dr Christian VALENTIN
Président

Dr Éric GUILLEMOT
Vice-Président
FNMR du Var (83)

Le bilan de la réforme des autorisations sanitaires :
« Dans le Var, les détenteurs des autorisations de matériels lourds sont très majoritairement les hôpitaux publics et les cliniques privées. En dehors de deux exceptions, les radiologues libéraux ne sont que partiellement propriétaires de leurs "outils de travail" via des GIE¹³ de droit privé conclus entre les radiologues libéraux des différents groupes et les hôpitaux publics, ou à travers des parts de société avec les cliniques privées. Certains hôpitaux font par ailleurs perdurer des conventions de co-utilisation surannées, tout à leur avantage ! Les appareils étant installés dans les établissements, les radiologues de ville sont obligés de se déplacer. Pour les nouvelles autorisations données aux cliniques, les radiologues sont évincés avec l'assentiment de l'ARS¹⁴ , les cliniques profitant d'une implantation autorisée uniquement dans les locaux des établissements depuis des années. De ce fait, le nouveau régime des autorisations concernant les sites déjà détenteurs de matériels lourds, pérennise et pénalise les radiologues de ville, pourtant présents et très efficaces non seulement dans le maillage territorial et la prise en charge des patients, mais participant aussi à d'autres missions diverses. Cette concentration pénalise également les patients qui sont contraints de se déplacer, empêchant une conversion souvent bien utile d'une technique par une autre pour avancer dans le diagnostic. »

Le rééquilibrage des machines entre la ville et l'hôpital : « Une répartition territoriale avec implantation du "matériel lourd" dans les cabinets faciliterait la prise en charge et limiterait les retards de diagnostic avec perte de chance pour les patients. L'absence de répartition homogène dans le territoire ne permet pas de mettre œuvre de façon efficiente les différents plans de santé. Au-delà d'un

certain nombre de kilomètres, cela induit des coûts supplémentaires avec des transports facturés à la Sécurité sociale. Autre écueil : les MSP¹⁵ , les CPTS¹⁶ et les autres organisations de professionnels de santé, auxquelles nous pouvons rajouter les EPAHD¹⁷, ont besoin de bénéficier de plateaux techniques de proximité pour fonctionner de façon optimale. Cela renforce la nécessité d'avoir des "unités de soins d'imagerie" pour répondre aux besoins des patients, tant sur le plan diagnostic que thérapeutique, et des confrères bien répartis dans le territoire avec des radiologues physiquement présents. Il est indigne et inéquitable que nos jeunes confrères fraîchement issus des CHU et nous-même, moins jeunes mais avec des qualifications élevées, ne puissions pas exercer avec les meilleures techniques actuelles sur nos lieux d'exercice principaux. Dans le département, une dizaine d'équipements supplémentaires sont possibles dans des délais rapides, soit environ deux ans. Les hôpitaux publics rencontrent néanmoins des difficultés à mettre en œuvre les autorisations qui leur ont été accordées, notamment dans le cadre de besoins exceptionnels obtenus par le comité imagerie de l'ARS PACA en 2021. Fait nouveau : les radiologues libéraux ont obtenu des autorisations en direct pour planter des appareils sur des plateaux partagés entre radiologues de ville, ou dans leurs propres locaux. Sans parler de rééquilibrage, il s'agit vraiment d'une avancée. Les radiologues libéraux ont mis en valeur leur implication dans le système de soins, la qualité des projets déposés, la nécessité absolue de pouvoir soigner les patients dans des délais corrects avec des appareils performants indispensables pour les radiologues exerçant des surspécialités. »

Le déploiement de la radiologie interventionnelle en ville : « Le législateur a décidé qu'un environnement hospitalier était requis à partir d'un certain niveau d'actes, ce qui rend difficile certains gestes en dehors des établissements. » ●

¹³ Groupement d'Intérêt Économique – GIE

¹⁴ Agence Régionale de Santé – ARS

¹⁵ Maison de Santé Pluriprofessionnelle – MSP

¹⁶ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé – CPTS

¹⁷ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD

PIMAP : un modèle pertinent !

Selon leurs promoteurs, la généralisation des Plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP) pourrait radicalement améliorer l'accès aux soins des patients, mais aussi dynamiser les écosystèmes de santé locaux, non sans générer des économies pour la collectivité. Témoignages.



Dr Eric CHAVIGNY

Vice-Président de la FNMR et radiologue libéral à Dax :
« Un modèle innovant pour améliorer l'accès aux soins »



Dr Eric CHEVALLIER

Président de la FNMR Bretagne et radiologue libéral à Vannes :
« Un levier pour redynamiser les territoires délaissés »

« Le PIMAP est un centre d'imagerie libéral, hors établissement, équipé de toutes les modalités nécessaires (IRM, scanner, radiographie, échographie...). Son objectif ? Assurer une prise en charge optimale des patients, en amont et en aval des établissements de santé. Particularité notable ? Ces structures de proximité répondent à des besoins spécifiques selon les territoires. Dans les zones isolées, elles dynamisent l'offre médicale et améliorent l'attractivité pour les professionnels de santé. Dans les zones à forte densité démographique, elles viennent en renfort des établissements hospitaliers, en absorbant une partie de la demande d'imagerie. Le PIMAP ne doit pas être perçu comme un simple site de production d'actes d'imagerie avec interprétation à distance. Il s'agit d'un véritable centre de soins, où la présence de plusieurs radiologues est indispensable. Son organisation garantit une prise en charge immédiate des patients, une interaction directe avec les cliniciens du territoire et une capacité de décision rapide en cas de découverte d'une pathologie nécessitant une orientation urgente. En proposant un accès de proximité aux examens d'imagerie, les PIMAP facilitent le diagnostic précoce et optimisent le parcours de soins. Ils jouent également un rôle clé dans le dépistage des cancers, notamment du sein et du poumon, en augmentant le nombre de sites accessibles et en réduisant les délais d'accès aux examens. Outre leur intérêt médical avéré, les PIMAP ont des impacts économiques importants. L'investissement matériel est assuré par les médecins libéraux, la prise en charge des soins non programmés est très souvent plus efficace et moins coûteuse qu'un passage aux urgences, et le recours aux transports sanitaires est diminué. Plusieurs conditions sont toutefois posées pour concrétiser la promesse. Les projets régionaux de santé devront notamment autoriser la création de nouveaux sites d'implantation hors établissement. Tout sauf de simples plateformes techniques, les PIMAP devront être reconnus comme des structures de soins à part entière et leur déploiement soutenu par les tutelles. »

« Pour absorber une explosion démographique post-Covid, nous avons obtenu l'autorisation d'installer une IRM supplémentaire à Auray en 2022. Validée sans obstacle par l'Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, cette demande n'était pas initialement fléchée vers un projet PIMAP, dont le concept n'existait pas encore. Déjà implantés à Auray via notre site de Vannes, que nous ne pouvions pas agrandir, l'installation commune de la nouvelle machine était une évidence. Caractérisée par sa propension à restreindre drastiquement les nouvelles autorisations de permis de construire pour mettre un frein au développement trop rapide de la région, la communauté de communes Auray Quiberon Terre Atlantique ne nous a pas facilité la tâche. Nous avons discuté et négocié pendant plus de dix-huit mois pour trouver un terrain, avec une grande incompréhension ressentie de notre part, avant que son président ne change subitement de position et nous propose finalement un site d'installation. Le projet de construction est désormais lancé. Le processus de recrutement des radiologues et des manipulateurs nécessaires aussi. Notre PIMAP devrait donc ouvrir ses portes en 2027... avec la perspective d'y adosser un scanner dans les années qui suivent. Cette structure de proximité permettra un élargissement important de l'accès à l'imagerie médicale pour tous les habitants du bassin AQTA, la saturation du site de Vannes les obligeant parfois à se déplacer de Belle-Île. A la manière d'un massif corallien en milieu marin, qui sert de support élaboré à la vie végétale et animale, l'accès facilité à un plateau technique complet permettra également de développer tout un écosystème médical et paramédical à son contact. Les praticiens seront plus enclins à s'installer dans un endroit ayant accès à un plateau technique pour la qualité et la sérénité de leur exercice quotidien. Une région bien desservie sur le plan médical est une richesse pour l'ensemble de la population. Cette franche amélioration du maillage territorial assurée par les médecins radiologues libéraux et qui tend à se propager sur le territoire est un très bel exemple de leur implication en termes de santé publique. »

« Un retard inadmissible pour les patients ! »



Dr Thomas MARTINELLI
Radiologue au CH de Valence
et président du SRH

Président du Syndicat des radiologues hospitaliers, Thomas Martinelli pose les conditions du déploiement de la radiologie interventionnelle, notamment en matière de rémunération, non sans réclamer la publication urgente des décrets d'application.

→ Dix-huit mois après son entrée en vigueur, quel bilan dressez-vous de la réforme du régime des autorisations de soins et équipements matériels lourds ?

Il est trop tôt pour tirer un quelconque bilan de cette réforme. Les autorisations accordées commencent à peine à se déployer et nous sommes toujours dans l'attente des instructions d'application par la DGOS¹. Le G4² a récemment lancé une enquête qui nous permettra d'y voir plus clair. Nos premières projections tablent sur un doublement, à terme, du nombre de machines installées.

→ Comment rééquilibrer efficacement les nouveaux équipements matériels lourds entre la ville et l'hôpital pour améliorer l'accès aux soins radiologiques ?

Le sujet abordé soulève trois grandes questions : les patients ont-ils accès, de manière équitable et suffisante, à des plateaux d'imagerie ? Quand sont-ils ouverts ? Et lesquels participent aux soins urgents, notamment la nuit et le week-end ? Raisonner uniquement en nombre de machines n'a aucun sens. Actuellement, comme l'illustrent les données de l'OCDE, la France réalise 30 % de scanners en plus de la moyenne par habitant avec un parc presque à 50 % en dessous. Champions de l'optimisation radiologique, nous avons un travail primordial de pertinence à engager. L'explosion à venir des machines va encore amplifier cette course aux volumes. Si rien n'est fait, avec une enveloppe budgétaire contrainte, comment envisager que la réponse des tutelles ne soit pas une diminution supplémentaire des remboursements ? Il est nécessaire, enfin, de tenir compte de la répartition géographique des équipements. En cela, la réforme ne considère pas les déserts radiologiques, car elle privilégie une augmentation rapide des équipements dans les lieux existants.

→ Pourquoi faut-il généraliser la pratique de la radiologie interventionnelle ? Quelles sont vos recommandations en la matière ?

Par son caractère mini-invasif et une palette de pathologies accessibles en perpétuelle extension, la radiologie interventionnelle est une voie thérapeutique majeure dans la prise en charge des patients au 21^e siècle. La profession s'est organisée pour encadrer les conditions d'exercice de la RI. C'est une spécialité qui s'apprend et se pratique dans un environnement particulier. Les habilitations des radiologues ont été précisées (modification de la maquette du DES³ et création de l'option RIA⁴). Les actes, comme les types de structures pouvant les réaliser, ont été classés. Cela s'intègre à la création des autorisations de soins en RI. Cette très lourde mais structurante réforme doit être menée à son terme. Malgré l'intégration dans les PRS⁵, nous sommes toujours dans l'attente des décrets d'application, manifestement sous la pression de lobbies chirurgicaux. C'est inadmissible ! La RI s'apprend et se pratique dans des conditions que nous avons définies collégialement au sein du Conseil national professionnel. De la même manière qu'un chirurgien orthopédique ne sait pas réaliser une cholécystectomie, parce qu'il est chirurgien, un médecin ne doit pas pouvoir pratiquer des actes de RI s'il ne peut justifier d'une formation et d'un lieu d'exercice ad hoc. C'est pourtant ce que certains essaient de faire passer auprès des tutelles...

→ Quelles sont vos attentes vis-à-vis des pouvoirs publics ?

La juste rémunération des actes de radiologie interventionnelle est un prérequis essentiel pour le développement de cette pratique. En dehors de certains domaines de compétences qui recouvrent strictement une activité chirurgicale comme en vasculaire, la RI reste une activité bien souvent déficitaire. Comment expliquer que la cotation CCAM⁶ ne permette même pas de rembourser une aiguille de biopsie mammaire ou hépatique ? Et ce, sans parler des traitements percutanés en oncologie, pour lesquels seuls quelques matériels sont pris en charge dans un nombre restreint d'indications. La révision en cours de la CCAM permettra, nous l'espérons comme toute la profession, de lever ce frein majeur au développement de la radiologie interventionnelle en France. Il est vital que l'activité de RI, qui nécessite de lourds investissements humains et matériels, soit reconnue à sa juste place par les tutelles.

¹ Direction Générale de l'Offre de Soins – DGOS

² Le Conseil National Professionnel de la Radiologie (G4 regroupe) le CERF, la FNMR, la SFR et le SRH

³ Diplôme d'Études Spécialisées – DES

⁴ Radiologie Interventionnelle Avancée – RIA

⁵ Projet Régional de Santé – PRS

⁶ Classification Commune des Actes Médicaux – CCAM

« La radiologie interventionnelle est une chance pour le système de santé ! »



Dr Sébastien NOVELLAS
Radiologue libéral
à Saint-Laurent-du-Var

Sébastien Novellas dresse un bilan mitigé de la réforme du régime des autorisations sanitaires, dont il pointe les principaux inconvénients. Il plaide également pour la généralisation de la radiologie interventionnelle (RI) en ville, non sans évoquer ses nombreux bénéfices médico-économiques.

→ Dix-huit mois après son entrée en vigueur, quel bilan dressez-vous de la réforme du régime des autorisations de soins et équipements matériels lourds ?

Les premières estimations et remontées de terrain des différentes Agences régionales de santé (ARS) semblent montrer une inversion totale du paradigme. Avec le nouveau régime des autorisations, nous risquons de passer d'une situation de pénurie à une situation d'excédent d'Équipements matériels lourds (EML). Aux dires d'un directeur général d'ARS : « Tout le monde sera servi ! ». Nous pouvons donc nous réjouir de ce rééquilibrage en France, qui restait à la traîne parmi les autres grands pays européens, mais nous pouvons cependant regretter une mise en place totalement chaotique dans un contexte de pénurie chronique de manipulateurs, non anticipée, associée à l'absence de planification selon les régions des nombreuses installations délivrées. Il est évident que les acteurs privés ayant le plus de surface financière seront les premiers gagnants de cette réforme.

→ Comment rééquilibrer efficacement le nombre de machines entre la ville et l'hôpital ? Le rééquilibrage semble s'opérer dans de nombreuses régions, sans toutefois que des projets ville-hôpital émergent de manière concrète au

bénéfice des territoires. On peut aussi s'interroger sur les projets médicaux qui ont guidé telle ou telle autorisation. Il n'est malheureusement pas rare que les radiologues soient en grande partie dépossédés d'une vision médicale au profit d'une vision qui est celle des chefs d'établissement, privé ou public. Alors que la pandémie Covid-19 avait permis un décloisonnement des soins entre la ville et l'hôpital, on assiste de nouveau à un repliement des communautés médicales, au grand bénéfice des gestionnaires non médicaux. Je ne crois pas que la parole radiologique ait beaucoup progressé. Un statu quo préoccupant à l'heure du déploiement de la radiologie interventionnelle.

→ Quels sont les bénéfices potentiels de la radiologie interventionnelle ?

La radiologie interventionnelle a largement démontré sa place dans le panel des procédures thérapeutiques améliorant la prise en charge de très nombreuses pathologies. Malgré la réticence scientifique de beaucoup d'autres spécialités pour établir des études comparatives de qualité, elle a trouvé son chemin dans les nouvelles pratiques innovantes. Prenons l'exemple des destructions de métastases hépatiques par thermoablation : il a fallu attendre vingt ans pour qu'une étude de phase III comparative et randomisée prouve la non-infériorité de ce traitement face à la chirurgie et sa supériorité en termes de tolérance. Faudra-t-il encore vingt ans pour démontrer les



bienfaits de chacune de nos techniques ? Les radiologues interventionnels ont prouvé les bénéfices de leurs traitements et de leurs techniques pour les patients. Nos universitaires forment de nouvelles générations de RI : trouvons-leur à chacun les conditions d'exercer leur spécialisation, en ville ou à l'hôpital. Je fais partie d'une génération où de nombreux RI ont abandonné la pratique, faute de trouver un établissement de santé pour pratiquer ou même un exercice équilibré financièrement. Arrêtons ce gâchis !

→ **Comment convaincre les tutelles de développer cette pratique en ville ?**

Les tutelles doivent réaliser que nous prenons trop de retard sur l'histoire médicale qui continue de s'écrire au ralenti en France. Elles doivent comprendre que la RI permet de réduire les coûts de prise en charge pour notre société avec des résultats thérapeutiques bien souvent similaires ou meilleurs que les techniques conventionnelles. La RI permet une accélération des prises en charge par d'autres spécialités, qui peuvent alors prendre plus rapidement les bonnes décisions pour les patients. La RI offre une alternative aux procédures chirurgicales coûteuses par sa faible « invasivité », sa pratique bien souvent ambulatoire et la présence d'un faible taux de complication. Dans le futur régime des autorisations de soins pour la pratique de la radiologie interventionnelle, il est

indispensable d'autoriser un maximum de structures à exercer cette spécialité. Tant qu'il faudra faire 200 km pour trouver un radiologue interventionnel spécialisé dans un CHU pratiquant l'embolisation de prostate ou même plus simplement de varicocèle, la spécialité n'aura pas gagné. Encadrons la pratique, oui, mais donnons-lui les moyens de remplir toutes ses missions auprès de nos concitoyens.

« LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE PERMET DE RÉDUIRE LES COÛTS DE PRISE EN CHARGE AVEC DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES BIEN SOUVENT SIMILAIRES OU MEILLEURS QUE LES TECHNIQUES CONVENTIONNELLES »

NOUVEAU !

Devenez expert avec ce programme intensif



SCANNER : OPTIMISATION DES PRATIQUES PLÉNIÈRE : VENDREDI 16 MAI 2025 À PARIS

Transformez votre pratique radiologique en seulement 12 heures avec notre formation avancée en scannographie, conçue pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Ce programme intensif vous offre l'opportunité de maîtriser les techniques d'optimisation les plus récentes, tout en rejoignant une communauté d'experts partageant les mêmes idées.

Par des échanges enrichissants et l'analyse de cas pratiques, vous élargirez vos compétences professionnelles.

Inscrivez-vous pour faire avancer votre carrière grâce aux innovations en scannographie.

UNE FORMATION
FORCOMED CONÇUE
ET DISPENSÉE PAR :

Mme Lama HADID-BEURRIER,
Physicienne Médicale

M. Thomas LEMOINE,
Ingénieur Radioprotection

**RADIOLOGUES
MANIPULATEURS**

**E-LEARNING + EPP
+ PRÉSENTIEL**

12 HEURES

660 €
(Tarif réduit pour les radiologues adhérents FNMR : 560 €)

PRISE EN CHARGE OPCO
pour les salariés



Scannez ce QR code
pour obtenir les détails et s'inscrire

FORCOMED

Contactez **Forcomed** pour vous inscrire – Tél. : 01 53 59 34 02 et www.forcomed.org/contact

Réforme des autorisations en radiologie : quels constats depuis la publication du décret en 2022 ?



Dr Sophie AUFORT
Radiologue libérale
à la Clinique du Parc

Sophie Aufort pose un regard lucide sur la réforme des autorisations sanitaires, dont elle pointe les incohérences et les insuffisances. Elle livre également ses recommandations pour développer la pratique de la radiologie interventionnelle, non sans regretter la non-publication des textes officiels.

→ Dix-huit mois après son entrée en vigueur, quel bilan dressez-vous de la réforme du régime des autorisations de soins et équipements matériels lourds ?

Après l'entrée en vigueur de la réforme en date du 16 septembre 2022, les Agences régionales de santé (ARS) ont pu étudier en 2024 tous les dossiers concernant les « équipements matériels lourds (EML) » en Commission d'organisation des soins (COSOS) ; Les directeurs généraux des ARS de chaque région de France ont ensuite attribué les nouveaux sites d'implantation (l'avis des COSOS restant consultatif).

Le bilan de ce changement de régime d'autorisation avec des sites d'implantation pouvant aller jusqu'à trois EML a vu poindre quatre types de situations :

- La plus classique, la transformation d'autorisation d'EML préalable, en site d'implantation par des demandeurs déjà exploitants ; avec deux sous-situations, soit à périmètre égal soit avec augmentation du nombre d'EML sur le nouveau site d'implantation (par exemple de un à deux EML sur le site géographique) ;

- Assez classique encore, la demande d'une nouvelle autorisation d'implantation pour des demandeurs concurrents sur un site où aucun EML n'était alors encore implanté ;
- Bien plus étonnant, la demande d'autorisation d'implantation sur un même site géographique par des demandeurs concurrents, où des EML étaient déjà exploitées par une des deux équipes « concurrentes ». Dans ce cas, c'est souvent des établissements privés qui ont demandé des autorisations en lieu et place des groupes de radiologues qui exploitaient les machines dans leurs établissements jusqu'alors ;
- Enfin, des demandes d'autorisations pour un quatrième appareil ou plus sur un site exploitant déjà au moins trois EML (de très gros établissement le plus souvent des établissements de santé publics).

La réforme semble avoir eu plusieurs impacts très évidents :

- Un nombre inégalé de dossiers examinés en COSOS et dans les ARS ;
- Un phénomène hémorragique sur le nombre d'EML attribués dans certaines régions, en fonction de la politique sanitaire des directeurs généraux des ARS ;
- Les velléités d'établissements de santé privés de récupérer parfois les autorisations d'exploitation des sites d'implantation des EML aux radiologues historiquement exploitants ;
- De très nombreuses installations de nouveaux EML sur les sites pré-existants profitant de l'aubaine de l'effet « site d'implantation de trois EML » ;
- Des demandes de quatrième appareil ou plus sur des sites déjà exploitants avec des critères d'attribution assez flous par les ARS (quel projet médical pour demander de nouveaux EML en plus des trois autorisés ? Quelle réelle exploitation des EML déjà en place ?).

Il est à parier que la réforme va faire l'aubaine des sociétés de téléradiologie, espérant probablement exploiter le surplus d'EML autorisés, que les équipes en place ne pourront pas absorber au vu de la démographie des radiologues. Cependant, il existe une autre évidence démographique : les MERM¹ ne pourront se couper en deux ; ainsi peut-on facilement imaginer que la multiplication de l'offre d'emploi pour les MERM pourrait déstabiliser des équipes

actuellement en place. La stratégie économique simpliste du « plus de machines = plus d'actes » pourrait ne pas opérer.

→ **Quid des autorisations de soins en radiologie interventionnelle ?**

Concernant les autorisations de soins en radiologie interventionnelle (RI), les ARS ont toutes reculé le calendrier initial de déploiement sur le territoire, probablement à la demande de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; ainsi la date des fenêtres d'ouverture de demande d'autorisation de soins en RI n'est pas connue dans certaines régions, et réapparaît dans d'autres fin 2025. L'absence d'un sourcillement quelconque de la DGOS depuis plusieurs mois/années après la publication du décret en 2022, est difficilement interprétable. Le Conseil national professionnel de la radiologie (CNP) a pourtant demandé à plusieurs reprises d'échanger avec les équipes de la DGOS notamment sur la liste d'actes dans chaque mention du décret (A, B, C et D). L'équité doit en effet exister entre les radiologues interventionnels et les autres spécialistes effectuant des gestes similaires, mais dans des conditions de sécurité parfois différentes (liens d'aval, unités de soins critique nécessaire à certains gestes, etc.). L'absence de réponse constructive de la DGOS vis-à-vis de notre spécialité a été dénoncée à plusieurs reprises par le président du G4² de façon officielle.

→ **Faut-il rééquilibrer le nombre de machines disponibles entre la ville et l'hôpital pour améliorer l'accès aux soins radiologiques ? Et selon quels critères ?**

En ville ou à l'hôpital, tous les établissements de santé de type MCO sont maintenant pratiquement pourvus de scanners, ce qui paraît une vraie sécurité pour la population ; la réforme a vu également se majorer le nombre de nouveaux sites d'autorisations d'EML hors établissement, phénomène nouveau en province. Ainsi le mantra des radiologues et des associations de patients consistant à dire que le scanner était l'évolution naturelle de la radiologie en coupe semble avoir porté ses fruits, permettant une extension territoriale d'EML à proximité des patients.

→ **Pourquoi faut-il généraliser la pratique de la radiologie interventionnelle ? Quelles sont vos préconisations en la matière ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis des pouvoirs publics ?**

En ces temps de grandes mutations de l'exercice de la radiologie, la pratique de la radiologie interventionnelle paraît être un développement fondamental pour notre spécialité à l'avenir incertain. Les enjeux de la radiologie sont multiples : solutionner la problématique de la démographie des soignants ; connaître la place qu'occupera l'intelligence artificielle (IA) dans la pratique de la radiologie diagnostique ; prévoir l'évolution sociologique de la population des jeunes radiologues et de leur façon d'exercer (temps de travail, place de la téléradiologie, relation patient). Il apparaît évident, dans cette période d'incertitude, que la place de soignants auprès des patients dans le cas de l'exercice de la RI semble fondamentale à l'hôpital comme en ville ; la relation soignant-soigné

en radiologie est le seul rempart de notre spécialité, préservant la place du radiologue comme un acteur indispensable du parcours de soins, ne pouvant être remplacé ni par l'IA ni par un spécialiste non-radiologue. Il faut continuer à pousser les équipes hospitalières à former plus de radiologues interventionnels dans le cadre de la pratique de la radiologie interventionnelle avancée (RIA) ; il faut encourager les équipes privées à poursuivre la pratique de la RI dans leur cabinet et leurs établissements qui s'agissent de geste de niveau A, mais également la RIA en établissement. Le pouvoir de la spécialité passe par la crédibilité des radiologues dans leur capacité à soigner avant tout, et non pas à investir ou à organiser uniquement le soin à distance.

→ **Comment convaincre les tutelles de développer la radiologie interventionnelle en ville ? Dans quel domaine en particulier et selon quelles conditions ? Quels sont les bénéfices attendus pour les patients ?** Il est impératif que la DGOS fasse appliquer, dès maintenant, le décret d'autorisation de soins en RI et qu'elle influe sur les ARS pour publier rapidement des fenêtres d'ouverture. Il faut qu'un livret d'instruction de ce décret soit vite proposé dans les ARS pour clarifier les grands axes nécessaires au développement de la RI, telle que la réforme avait été pensée initialement en 2015 :

- Un maillage serré du territoire pour la RI de mention A permettant aux patients d'accéder facilement à toutes les infiltrations, drainages d'abcès et surtout ponctions superficielles et profondes pour un diagnostic rapide des cancers
- Un maillage lisible des centres exerçant les mentions B à D, basé sur toutes les équipes en RIA exerçant déjà cette activité de façon organisée. Les radiologues en RIA sont une denrée rare dans les établissements publics et privés à ce jour. Le but de la réforme était d'organiser le soin déjà présent mais pas de le contraindre, ni de l'étouffer. Rien ne serait pire pour les patients !

« EN CES TEMPS DE GRANDES
MUTATIONS DE L'EXERCICE
DE LA RADIOLOGIE, LA PRATIQUE
DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE
PARAÎT ÊTRE UN DÉVELOPPEMENT
FONDAMENTAL POUR NOTRE
SPÉCIALITÉ À L'AVENIR INCERTAIN.
(...) IL EST IMPÉRATIF QUE LA DGOS
FASSE APPLIQUER, DÈS MAINTENANT,
LE DÉCRET D'AUTORISATION
DE SOINS EN RI. »

¹ Manipulateur en Électro-Radiologie Médicale – MERM

² Le G4 ou Conseil National Professionnel de la radiologie réunit les 4 composantes de la radiologie : CERF, FNMR, SFR, SRH.

« Un partenariat gagnant-gagnant ! »



Sabine DUPONT

Directrice de l'offre sanitaire
de l'ARS¹ Centre-Val de Loire

En amont de la phase de renouvellement des autorisations qui débutera dans quelques semaines, Sabine Dupont détaille les « orientations radiologiques » du projet régional de santé en Centre-Val de Loire. Particularité notable : la hausse programmée des implantations et des équipements matériels lourds en ville sera assortie de certaines contreparties. Explications.

→ Dix-huit mois après son entrée en vigueur, quel bilan dressez-vous de la réforme du régime des autorisations de soins et équipements matériels lourds, en particulier dans le secteur de la radiologie libérale ?

Dans notre projet régional de santé, les objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds ont été significativement réévalués avec une implantation supplémentaire prévue par département, et même deux dans le Loir-et-Cher qui est particulièrement sous-doté. Cela représente un potentiel de 26 machines, voire plus avec les demandes dérogatoires, mais elles ne seront probablement pas toutes installées, faute de ressources humaines. En effectuant le bilan de notre précédent Projet Régional de Santé (PRS), nous avions constaté que huit EML n'avaient pas été demandés, malgré les autorisations accordées. Seule certitude : la fenêtre de dépôt des dossiers de renouvellement s'ouvrira au printemps.

→ Quels sont les grands axes de votre stratégie dans le domaine de la radiologie ?

Notre stratégie repose sur deux grands leviers : maintenir le maillage actuel et couvrir les zones blanches. Pour gagner du temps et répondre aux besoins des patients, nous délivrons des autorisations en avance de phase, pour les implantations existantes. Via une dérogation accordée par la direction générale de l'ARS, les structures radiologiques qui le souhaitent peuvent monter à deux ou trois équipements sans attendre la fenêtre de renouvellement. Autre caractéristique notable : deux IRM mobiles seront prochainement déployées dans

des territoires sous-dotés, en lien avec une équipe de radiologues et de manipulateurs. Deux établissements de santé disposeront de cet équipement, en alternance, par intervalle de quinze jours. Ces projets seront lancés dans six mois.

→ Faut-il autoriser plus de machines en ville pour améliorer l'accès aux soins radiologiques, en particulier dans les territoires les plus reculés ?

Le Projet régional des santé prévoit une hausse significative des nouvelles implantations et des équipements matériels lourds en ville, ce qui permettra notamment de réduire les distances et les délais d'attente pour les patients. Cette évolution des dotations sera toutefois assortie de certaines contreparties. Les radiologues libéraux devront notamment participer à la prise en charge des soins non-programmés, afin de limiter le recours aux urgences pour de simples radiographies. Ils devront également renforcer certaines pratiques, comme les coro-scanners, les biopsies et les dépistages du cancer du sein. En cas de besoin, ils pourraient être sollicités dans le cadre de la permanence des soins pour prêter main forte aux établissements de santé. Les engagements attendus seront précisés noir sur blanc le moment venu.

→ Exception faite des actes uniquement réalisables en milieu hospitalier, comptez-vous développer la pratique de la radiologie interventionnelle en ville ?

Nous attendons la publication des textes officiels pour définir notre stratégie en matière de radiologie interventionnelle. Comme beaucoup, nous avons choisi de reporter la fenêtre des autorisations spécifiques, car nous ne nous savons pas encore quels seront les actes concernés ni comment les graduer. Nous ne sommes pas opposés au développement de cette pratique en ville, mais les possibilités seront vraisemblablement restreintes. Cette activité sera principalement réalisée dans un environnement hospitalier, voire dans un bloc opératoire, car elle nécessite un haut degré de technicité et de sécurité, notamment en termes d'hygiène. Rien n'empêchera les radiologues libéraux disposant du niveau de formation requis de pratiquer cette activité dans des établissements de santé. Les coopérations public/privé peuvent aussi se concevoir dans le champ de la radiologie interventionnelle.

Propos recueillis par Jonathan ICART

NB : il existe actuellement 44 implantations radiologiques dans le Centre-Val de Loire, dont 25 portées par des structures privées.

¹ Agence Régionale de Santé – ARS

Les treize Agences Régionales de Santé de France métropolitaine ont été sollicitées pour étayer notre dossier sur la réforme des autorisations sanitaires. Seules deux réponses positives nous sont parvenues, celle de l'ARS Centre-Val de Loire, publiée dans ce numéro, et celle de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, qui sera publiée dans notre édition de mai. Un silence étonnant sur un sujet aussi important !



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 !



Remplacements / Associations

N°11049

68 – MULHOUSE

Cabinet de l'hypercentre de Mulhouse et multi sites en expansion. Recherche associé(e)s ou médecins collaborateurs : internes dès en fin d'internat – possibilité d'un poste d'assistant partagé ville/hôpital, chef de clinique ou assistant des hôpitaux en fin de contrat ou ancien CCA remplacements préalables.

▲ Dr Pierre HAUPTMANN

📞 06 33 85 51 45

✉️ pierre.hauptmann@gradient.fr

N°11048

40 – DAX

Cabinet indépendant 20 associés – recherche associé(e) spécialisé en sénologie. 6 centres d'imagerie : 7 EML (détenus en propre), 5 radio, 8 écho, 1 eos, 5 mammo avec tomosynthèse, IA diagnostique et native... Plateau technique de pointe. Engagement dans le dépistage, une prise en charge interventionnelle complète.

▲ M. Alexandre DOTT

📞 06 75 42 33 53

✉️ alexandre.dott@centre-imagerie-landes.fr

🌐 <https://centre-imagerie-landes.fr/recrutement/medecin-senologie>

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 coroscan 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

✉️ ldriviere@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@radiorougetdelisle.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@radiorougetdelisle.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°11039

24 – PERIGUEUX

Cabinet 9 radiologues 2 oncologues, 3 radiothérapeutes, 2 scintigraphistes, recherche un(e) associé(e), temps plein ou temps partiel. Forte activité, 2 IRM, 2 scan, 2 accélérateurs linéaires de particules, 1 TEP scan, 2 gamma camera. Création centre scanner IRM en 2025 à Ribérac avec 3ème IRM et scanner.

▲ Dr Stéphane MAHIEU

📞 06 51 40 68 24

✉️ stephanemahieu@free.fr

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 vacances écho, scanner, IRM, mammo. Possibilité d'association. Vacations pour décembre et autres dates au centre Crimée.

▲ Dr Julien LAMBRON

📞 01 44 52 01 00

✉️ remplamanincrimee@gmail.com

N°11036

92 – PLESSIS-ROBINSON

Recherche remplaçants. 1 table radio numérisée, cone beam Carestream, écho GE, mammo Fuji avec tomo-

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

synthèse 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 libéral indépendant, 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°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@imaneo.com

N°11031

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, cone Beam Newtom

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

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

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

5g, état impeccable, août 2021, 80 000€ (valeur 153 000€).

• Dr Michel MOZZICONACCI

• 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)

Profils : ostéo articulaire/ imagerie cardiaque.

• Dr Caroline TICHOUX

• 01 34 60 67 86

✉ imagerieboisdarcy@yahoo.fr

✉ 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.

• M. Anthony COSYN

• 06 58 30 30 82

✉ anthony.cosyn@animradio.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 d'un nouveau site en juin 2025 avec scanner et IRM.

• 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. Equipé moderne : écho, séno, 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° 11014

30 – NIMES

Groupe indépendant 8 radiologues, cherche associé(e) en raison d'un départ 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 séno 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

✉ imagerielescedres.fr

N° 11008

75 – PARIS 18^e

Cède cabinet de radiologie avec 2 salles radio, 2 salles écho, 1 cone 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.

• Dr Poline LAVAUD

• 07 67 24 12 67

✉ poline.lavaud@radiosaintpaul.fr

✉ www.radiologie-saint-paul.fr



ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● SYNDICAT DEPARTEMENTAL DU PUY DE DÔME

→ **Élection du bureau le 24 février 2025**

Président : **Dr Yves TRONCHE** – Clermont-Ferrand

Vice-Président : **Dr Arnaud GALLON** – Beaumont

Trésorier : **Dr Bruno de FRAISSINETTE** – Beaumont

Administratrice : **Dr Sonia MIRAFZAL** – Clermont-Ferrand

La FNMR j'adhère !



fnmr.fr

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 2nds 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.

- 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.

NUITS INSOLITES

Une ou plusieurs nuits insolites dans une cabane ou un igloo.
C'est possible et il n'est pas nécessaire d'aller loin.

UN VILLAGE VOSGIEN DE CABANES INSOLITES

Ouvert toute l'année. Dans les arbres, dans les airs ou sur pilotis. Semi-enterrées, à fleur d'eau, cachées, romantiques, historiques, grand confort ou complètement authentiques.

8b route des planches
88250 La Bresse
France
✉ <http://la-clairiere-aux-cabanes.fr>



NUIT EN IGLOO

Au cœur des Pyrénées, sur le domaine de Gourette, une nuit insolite mêlant rudesse de l'hiver et confort. **Balade en raquettes, bain nordique, sauna et puis ... l'igloo !**

HDP / L'Aventure Nordique
2 Carreròt d'en Haut
64440 LARUNS – LARUNTZ
Vallée d'Ossau / Pyrénées
✉ <https://laventurenordique.fr/nuit-igloo>

L'AVENTURE NORDIQUE

A 1800 mètres d'altitude dans la station des Orres, le domaine Alpin D'hôme offre plus qu'un simple hébergement. Il propose une expérience immersive où luxe et nature s'harmonisent.

Alpin D'Hôme Hôtel & Spa
Parking de Bois Méan 1800
05200 Les Orres
✉ <https://alpin-dhome.fr>



Optimisation des scanners : Mettez à jour vos pratiques !



Thomas LEMOINE
Ingénieur en radioprotection

→ GARANTIR UN DIAGNOSTIC PERFORMANT TOUT EN MAÎTRISANT LES DOSES

Le scanner est un outil incontournable en imagerie médicale, mais son utilisation soulève des enjeux cruciaux en matière de radioprotection. Face à l'augmentation des doses collectives et aux nouvelles exigences réglementaires, l'optimisation des pratiques devient essentielle. La formation continue des professionnels est la clé pour conjuguer efficacité diagnostique et maîtrise des expositions.

→ ÉTAT DES LIEUX : LE SCANNER, TOUJOURS PLUS PERFORMANT... ET PLUS IRRADIANT

Les progrès technologiques des vingt dernières années ont permis d'améliorer considérablement la qualité diagnostique du scanner. Cependant, cette évolution s'accompagne d'une hausse des doses collectives délivrées à la population.

L'étude de référence de l'IRSN (2019) souligne que, bien que les scanners ne représentent qu'environ 10 % des examens d'imagerie, ils génèrent **75 % de la dose collective reçue**. Par ailleurs, entre 2012 et 2017, plus de **500 000 patients ont reçu une dose cumulée supérieure à 100 mSv**, un seuil au-delà duquel le risque de cancer radio-induit ne peut être exclu.

Il est par ailleurs impératif de rappeler que, si elles sont justifiées et maîtrisées, les doses délivrées par scanner restent bénéfiques pour le diagnostic et la prise en charge des patients.

→ OPTIMISATION DES PRATIQUES : UNE EXIGENCE RÉGLEMENTAIRE CROISSANTE

Les exigences en matière d'analyse des pratiques ne cessent de se renforcer. Depuis 2018, le **Code de la Santé Publique** impose aux centres d'imagerie de formaliser cette analyse (Décret 2018-434). En parallèle, l'**ASN**¹, dans sa décision 2019-DC-0660, exige une évaluation systématique de l'optimisation des doses via un suivi rigoureux des NRD (Niveaux de Référence Diagnostiques).

Si **90 % des centres participent aux campagnes annuelles de transmission des doses**, l'ASN note encore des lacunes dans l'analyse approfondie des données. L'amélioration repose sur une collaboration étroite entre radiologues, manipulateurs radio et physiciens médicaux. Par ailleurs, les événements de radioprotection déclarés mettent en évidence des **défaits persistants dans le réglage des paramètres scanner**, en partie dus à un manque de formation des professionnels.

→ FORMER DES EXPERTS DE L'ÉQUILIBRE DOSE-QUALITÉ D'IMAGE

C'est là que FORCOMED intervient. Face à des technologies en constante évolution, les manipulateurs radio doivent renforcer leurs compétences pour garantir un équilibre optimal entre dose et qualité d'image.

FORCOMED propose une formation intensive de 12 heures pour former les manipulateurs radio à devenir de véritables experts en gestion des doses scanner. Cette formation met l'accent sur :

- **L'optimisation des doses sans compromettre la qualité d'image**
- **L'analyse des données dosimétriques en conditions réelles**
- **L'adaptation aux spécificités des différents fabricants d'équipements**

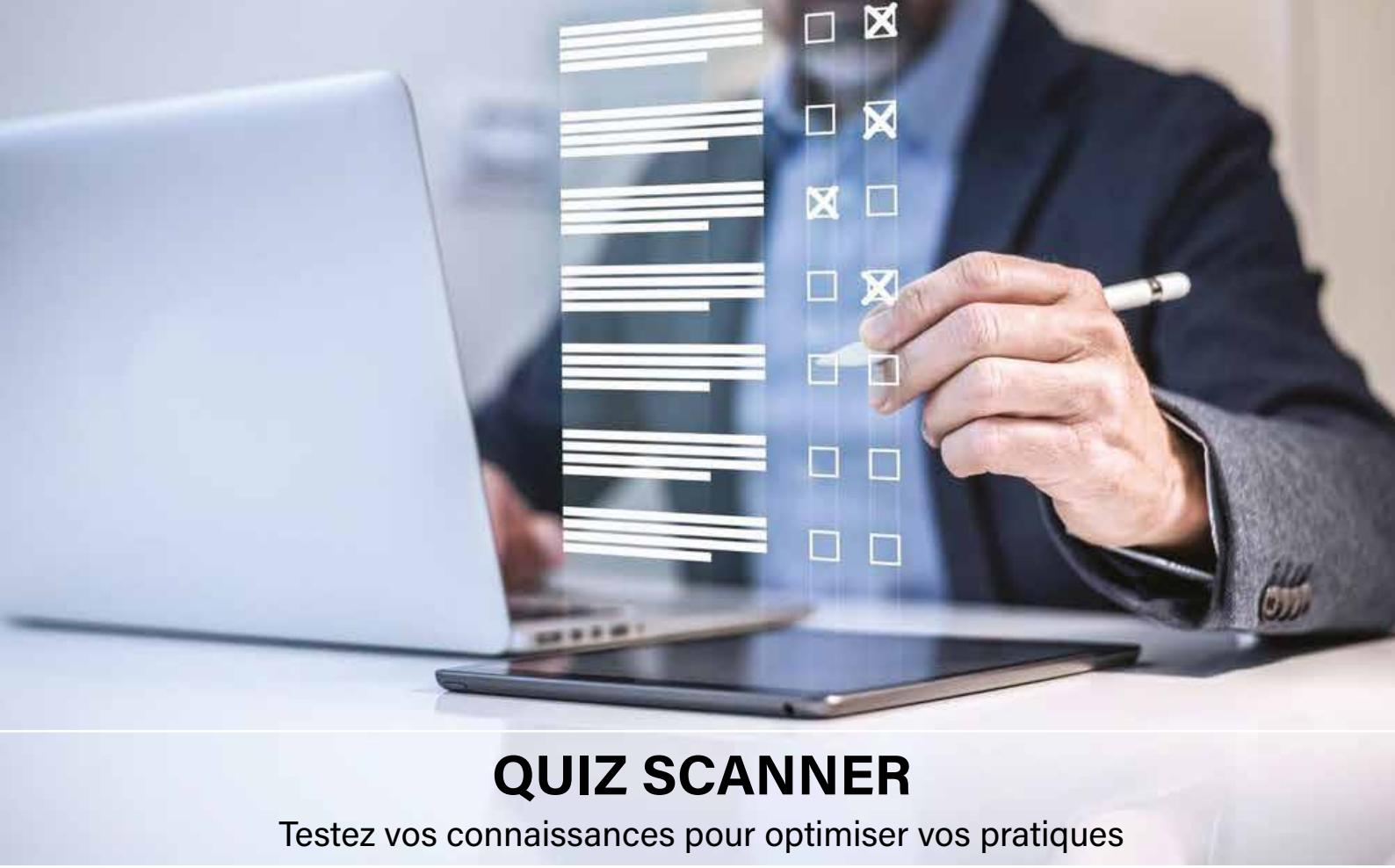
Animée par une équipe pédagogique composée de radiologues, manipulateurs expérimentés et physiciens médicaux, cette formation apporte aux professionnels les outils nécessaires pour réduire les doses tout en garantissant un diagnostic fiable.

→ POINTS-CLÉS À RETENIR

- **Le scanner est un outil puissant, mais sa maîtrise doit être actualisée** pour limiter les expositions inutiles.
- **L'optimisation des doses est une obligation réglementaire**, impliquant une analyse des pratiques.
- **La formation continue des manipulateurs radio est essentielle** pour garantir un équilibre optimal entre qualité d'image et radioprotection.

FORCOMED propose un programme dédié pour accompagner les professionnels dans cette démarche d'amélioration continue. Investir dans la formation, c'est garantir une radiologie performante et sécurisée ! •

¹ Autorité de Sécurité Nucléaire devenue ASN, Autorité de Sécurité Nucléaire et de Radioprotection au 1^{er} janvier 2025



QUIZ SCANNER

Testez vos connaissances pour optimiser vos pratiques

1/ Pour un scanner TAP, comment votre centre se situe-t-il par rapport au NRD* ?

- Inférieur au NRD
- Au niveau du NRD
- Légèrement supérieur au NRD
- Je ne sais pas

*NRD : Niveau de référence diagnostique national

2/ Votre protocole inclut-il une valeur de notification de dose ?

- Je ne sais pas
- Fixée sur la valeur du NRD national
- Calculée sur le 90^{ème} percentile des doses délivrées chez nous

3/ Comment votre centre réalise-t-il l'EPP* ?

- Aucune idée, cela relève du physicien médical
- Le suivi des NRD suffit selon nous
- Analyse des doses via un DACS**

*EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

**Dosimetry Archiving and Communication System

4/ Comment adaptez-vous l'acquisition en pédiatrie ou pour les patients à faible IMC ?

- Ajustement automatique des paramètres adultes
- Protocoles spécifiques
- Adaptation du kilovoltage (kV) selon le patient
- Analyses des doses par catégorie de poids via un DACS

5/ Un écart de programmation ou des examens répétés peuvent-ils induire des effets radiobiologiques visibles ?

- Oui
- Non, les doses actuelles sont trop faibles

6/ Lorsqu'une image plus contrastée est nécessaire, le manipulateur adapte-t-il correctement le protocole ?

- Toujours
- Oui, sauf avec l'injection de produit de contraste
- Non, il n'ose pas modifier le protocole initial

Testez vos connaissances sur Forcomed.org !



Scannez-moi

 **FORCOMED**



2025 ■ LA RADIOLOGIE AU CŒUR DE LA SANTÉ

VENDREDI 20 JUIN 2025 – PARIS

IMAGINE 2025 EST LE PREMIER CONGRÈS PROFESSIONNEL ORGANISÉ PAR **LA FNMR**

Le rôle central de la radiologie dans le parcours de santé
et son aspect structurant seront débattus par les intervenants médecins
radiologues et d'autres spécialités, industriels, économistes, politiques,
patients, journalistes. Cette première édition offrira **un panorama général**
de la place de la radiologie dans le système de soins et l'écosystème
économique médical français.



IMAGINE 2025 EST OUVERT À TOUS !
INSCRIVEZ-VOUS GRATUITEMENT DÈS MAINTENANT, LES PLACES ÉTANT LIMITÉES