

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 489 JUIN 2025

Le journal de la



DÉSERTS MÉDICAUX

Attaque frontale contre la médecine libérale

GRAND TÉMOIN

Dr Georges-Philippe Fontaine,
président du SNMN

PORTRAIT

Dr Julien Puget,
radiologue à Vesoul



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

La politique du bouc émissaire



LES RADIOLOGUES NE VEULENT PAS ET NE PEUVENT PAS ÊTRE PRIS POUR LES BOUCS ÉMISSAIRES DE CETTE SITUATION, PÉNALISANTE POUR LEURS PATIENTS.

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Plusieurs propositions de loi sont en discussion au sein de l'Assemblée nationale et du Sénat pour lutter contre la désertification médicale sur le territoire français.

Devant la fronde justifiée des médecins et des futurs médecins le Premier ministre a inventé une nouveauté : envoyer pendant deux jours des médecins déjà installés dans ces fameux territoires ! Et pendant ce temps, leurs cabinets seront fermés ? Ou alors il faudra trouver des remplaçants pour éviter la nouvelle désertification qui apparaîtra, de facto ?

Heureusement la solution des « officiers de santé napoléoniens », les infirmières, est promue et encouragée mais comment comparer la formation et l'expertise d'une infirmière à celle d'un médecin. Bien sûr, les tarifs instantanés pour l'Assurance maladie ne sont pas les mêmes...

Notons, enfin, que l'État lui-même accentue cette désertification des territoires en fermant les agences postales et les différents services publics ! Essayez de faire renouveler votre carte d'identité dans votre mairie si vous habitez un petit village !

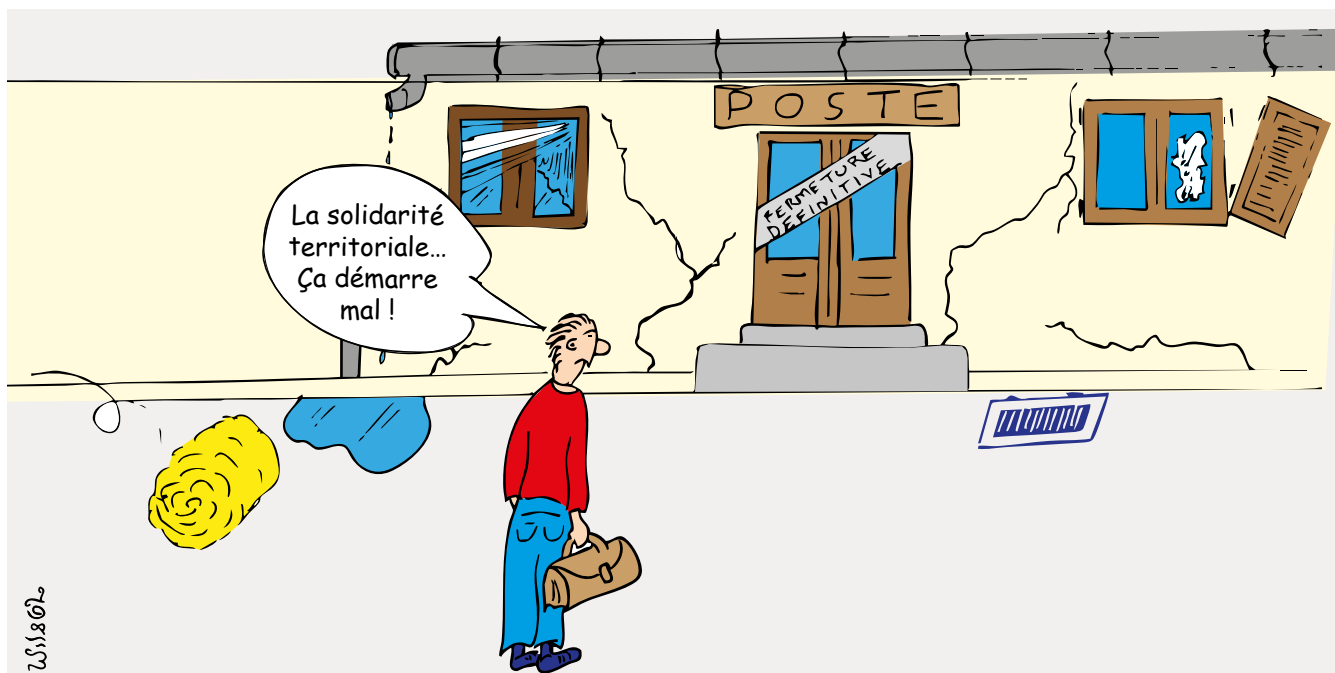
Dans le même temps, l'Assurance maladie, sous l'impulsion de Bercy, travaille à trouver 300 millions d'économies sur l'imagerie !

D'un côté, l'État se préoccupe, tardivement, uniquement du manque de médecins annoncé depuis plus de vingt ans, avec les risques sur la santé publique qui en résultent, et de l'autre, par la baisse escomptée des tarifs en imagerie, il bloque les radiologues pour investir dans les équipements modernes dont leurs patients ont besoin pour être pris en charge correctement.

Ces baisses tarifaires concourent également à la fermeture de petits cabinets excentrés mais garantissant le maillage territorial. Pire, il ouvre largement, comme cela a été dit dans le rapport du Sénat, la porte aux financiers voulant appliquer le modèle industriel de la biologie à la radiologie.

Ce ne sont ni le rôle ni les compétences de la FNMR de rechercher les causes ou les responsables de la désertification générale des territoires. Les médecins et, surtout, les radiologues ne veulent pas et ne peuvent pas être pris pour les boucs émissaires de cette situation, pénalisante pour leurs patients. ●

Le gouvernement veut imposer deux jours de travail dans un désert médical



8

Georges-Philippe FONTAINE, président du Syndicat national des médecins nucléaires

GRAND TÉMOIN



10

Julien PUGET : une histoire de famille

PORTRAIT



14

PPL Garot : les élus FNMR ont la parole

DÉSERTS MÉDICAUX



© Istock

22

Plan imagerie : un seul objectif, la pertinence

CA FNMR



© Istock

28

L'expérimentation d'un SAS Imagerie en Yvelines

CA FNMR



© Istock

3 Édito

5 Brèves

6 Déserts médicaux : la guerre est déclarée

12 Médecins radiologues : statistiques Bourgogne-Franche-Comté

30 Formation : diagnostic des AVC en scanner et IRM

32 Petites annonces

33 Loisirs

35 Vie syndicale

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO **489** JUIN 2025

Annonceurs : Imagine 2025 p. 2-27 – FNMR p. 11-21 – Forcomed p. 31 – Labelix p. 34 – Forcomed Académie p. 36

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

© Istock



PRIMO-PRESCRIPTION DES IPA

L'arrêté fixant les listes des primo-prescriptions des infirmiers en pratiques avancées (IPA) est paru au JO du 30 avril. La réalisation d'actes par les IPA était autorisée pour les pathologies dont ils assuraient le suivi. Cette condition est supprimée. Parmi la liste d'actes autorisés figure notamment les échographies de vessie. Parmi les actes que les IPA peuvent demander – la condition de suivi étant là aussi supprimée – les examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient, les actes de biologie médicale. Les IPA peuvent aussi "prescrire" des examens comme la mammographie de dépistage obligatoire, ... voilà qui va améliorer la pertinence des demandes...

SUREXPOSITION D'UN MANIPULATEUR RADIO

Un centre d'imagerie a déclaré un événement significatif pour la radioprotection à la suite de la surexposition d'un manipulateur. Celle-ci n'a été identifiée qu'en mars 2025 après examen de la dosimétrie individuelle. L'incident est survenu entre avril et juin 2024 en raison d'un dysfonctionnement de la pédale de commande de l'émission des rayons X.

Le centre recherche la patiente exposée. La pédale a été remplacée et l'installation totalement vérifiée.



DR



DISPOSITIF MÉDICAUX NUMÉRIQUES

BPIFrance lance, pour le compte de l'État, un appel à étude sur l'usage des dispositifs médicaux numériques (DMN). Il s'agit d'évaluer

en conditions réelles les impacts organisationnels, d'usage et/ou d'adoption des DMN.

Parmi les DMN innovants attendus, l'appel cite :

- Les DM d'aide au diagnostic ou au dépistage de : nodules pulmonaires ou de la tuberculose à partir de radiographies thoraciques, ou de nodules cancéreux à partir de mammographies ; de fractures osseuses à partir de radiographies ;
- Les DM qui permettent l'analyse d'images réalisées par un échographe portable utilisé aux urgences ;
- Les DM permettant la modélisation 3D sur la base d'images scanner ou IRM utilisée par les chirurgiens en préopératoire.

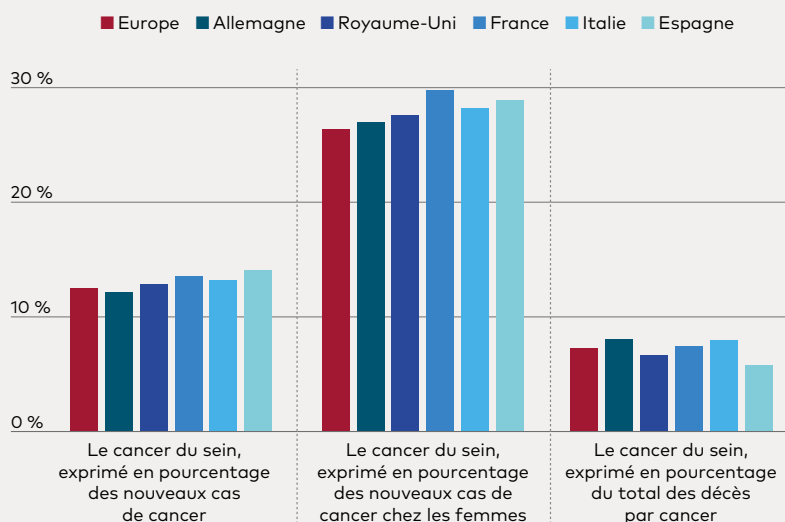
Étude d'impact de l'usage de dispositifs médicaux numériques innovants dans des établissements de santé ou du médico-social – www.bpifrance.fr

INCIDENCE DU CANCER DU SEIN EN EUROPE

Une étude¹, en anglais, relève les faibles taux de dépistage en Europe où seuls 8 pays respectent la recommandation d'un taux de dépistage de 70 à 75 %. Le programme de dépistage en France est le plus conforme aux recommandations de la European Commission Initiative on Breast Cancer avec un dépistage biannuel et une tranche d'âge large.

La France a le taux le plus élevé de cancers du sein parmi les nouveaux cancers. En revanche, les résultats pour la mortalité à cause du cancer du sein sont dans la moyenne européenne.

¹ Economist impact : Advancing Breast cancer care in Europe : A roadmap to a women centric approach)



Déserts médicaux : la guerre est déclarée



Guillaume Garot et François Bayrou sont dans le collimateur des médecins. Le premier veut supprimer la liberté d'installation et le second la contraindre. Dans les deux cas, la pilule ne passe pas. Le piquet de grève est durablement planté. Explications.

Trente ans plus tard, le spectre des ordonnances Juppé refait surface. En marge des débats parlementaires sur la PPL¹ Garot, qui prévoit notamment de réguler les installations médicales, le gouvernement dit avoir choisi une « voie alternative ». Dévoilé fin avril par le Premier ministre, à l'occasion d'un déplacement dans le Cantal, le nouveau pacte de lutte contre les déserts médicaux suscite pourtant la controverse. Sa mesure phare ? Imposer aux médecins situés dans des territoires bien pourvus de pratiquer un ou deux jours par mois dans un secteur sous-doté. Jeunes ou moins jeunes, les généralistes et les spécialistes concernés obtiendront des contreparties financières, dont le montant n'a pas encore été dévoilé, mais ils seront pénalisés en cas de refus. Initialement réservée aux « zones rouges » qui seront prochainement délimitées par les agences régionales de santé, en lien avec les préfets et les élus locaux², cette disposition coercitive sera, dans un second temps, étendue à l'ensemble des zones sous-denses. Elle se traduira par une généralisation de la permanence des soins avec un recours plus automatique à la réquisition des médecins. Vivement contesté par le corps médical, ce « principe de solidarité territoriale » soulève de nombreuses interrogations, notamment en matière de remplacement, faute de ressources disponibles pour pallier les absences.

¹ Proposition de loi

² Les « zones rouges » au sein desquelles une permanence médicale doit être instaurée en priorité devaient être définies à l'échelle de l'intercommunalité par les agences régionales de santé, en lien avec les préfets et les élus de ces territoires, avant la fin du mois de mai.

Il questionne également la méthode employée. Inciter fortement comme le prétend le gouvernement ou contraindre insidieusement comme le dénoncent les praticiens... La frontière est mince et la menace non dissimulée. « Si ce plan d'urgence ne réussit pas, nous savons bien qu'au bout du compte, le jour viendra où les principes de ce système, fondé sur le libre choix des médecins, devront changer », reconnaît François Bayrou.

→ 50 MILLIONS DE CONSULTATIONS SUPPLÉMENTAIRES PAR AN ?

Outre cette « mission de solidarité », le pacte de lutte contre les déserts médicaux comporte trois autres chantiers prioritaires. Il doit notamment permettre de former plus au plus près des territoires avec la volonté, clairement affichée, de diversifier l'origine géographique et sociale des étudiants. Généralisation des antennes de formation, des campus connectés ou d'autres solutions construites par les acteurs de terrain... L'accès aux études de santé sera élargi et disponible dans chaque département à compter de la rentrée 2026. Plus de 3 700 docteurs juniors

PPL GAROT : LA FNMR MONTE AU CRÉNEAU

La Fédération nationale des médecins radiologues affiche un « total soutien » aux grévistes. Dans un communiqué publié fin avril, elle alerte sur les dangers que représente la proposition de loi Garot pour la médecine libérale et l'accès aux soins en France. « Sous couvert de renforcer l'accès aux soins, ce texte prévoit des mesures de coercition à l'installation, qui menacent directement la liberté d'exercice des professionnels libéraux. Améliorer l'accès aux soins ne peut se faire que par des investissements humains, conséquents et durables. Cette amélioration doit passer par l'abolition du numerus clausus, et l'arrêt des baisses tarifaires. La contrainte n'est pas la solution », explique la FNMR. L'instance représentative des radiologues libéraux recommande une solution plus constructive pour améliorer la prise en charge des patients : « Depuis plus de dix ans, nous faisons régulièrement des propositions en matière de pertinence. Cela permettrait de réduire les actes inutiles et ainsi de diminuer les délais de rendez-vous, notamment en matière de dépistage et de suivi de cancers. » La balle est, comme souvent, dans le camp des pouvoirs publics.

auront également de fortes incitations pour exercer prioritairement au sein des zones sous-dotées. Autre évolution notable : tous les étudiants en médecine devront réaliser au moins un stage en dehors des CHU et un en zone sous-dense durant leur cursus.

Troisième pilier de ce plan stratégique : le gouvernement entend moderniser et simplifier les organisations entre les professionnels de santé, mais aussi unir les compétences pour soigner davantage de patients. Dans un souci de réduction du temps consacré par les médecins aux formalités administratives, les certificats médicaux qui ne reposent sur aucun fondement juridique ou médical seront supprimés. Les activités médicales secondaires, telles que la médecine esthétique pratiquée par des médecins généralistes, seront encadrées et plafonnées. De nouvelles coopérations professionnelles seront par ailleurs déployées, et le rôle des pharmaciens et des infirmiers de pratique avancée renforcé. Selon le gouvernement, la conjugaison des différentes mesures représente un potentiel de cinquante millions de consultations supplémentaires par an au bénéfice des zones sous-dotées, dont trente millions grâce au seul mécanisme de solidarité territoriale. En appui des transformations décrites, le quatrième et dernier axe de ce pacte prévoit de créer des conditions d'accueil attractives pour les étudiants et les professionnels de santé sur tout le territoire, en lien avec les élus locaux. Précision de circonstance : les dispositions contenues dans le pacte de lutte contre les déserts médicaux feront l'objet de textes réglementaires ou législatifs en 2025 et en 2026.

→ EN ATTENDANT LA LOI GAROT...

Certains parlementaires veulent aller encore plus loin. Portée par le député socialiste de la Mayenne, une proposition de loi transpartisane prévoit la suppression de la liberté d'installation, véritable marqueur identitaire de la médecine libérale. Leur solution ? Médecins

libéraux et salariés devront, avant de s'installer, solliciter l'aval de leur Agence Régionale de Santé, qui pourra le leur refuser dans les territoires suffisamment pourvus. Aucune arrivée ne sera autorisée sauf pour compenser un départ. Que le texte soit voté ou non, cette nouvelle attaque frontale ne sera pas la dernière. La volonté politique semble évidente et la menace d'une régulation coercitive latente. L'étau se resserre inexorablement.

Étudiants, internes, jeunes médecins, praticiens installés... Une très large partie du corps médical juge sévèrement le diagnostic posé et la prescription rédigée par les pouvoirs publics. A l'initiative du président de l'ANEMF³, Lucas Poittevin, une grève nationale intersyndicale illimitée a été lancée le 28 avril dernier. Le mot d'ordre est clair : la PPL Garot et le plan Bayrou ne résoudront ni la crise de la désertification médicale, ni les difficultés d'accès aux soins des Français. Selon les grévistes, ces contraintes supplémentaires mettront à mal l'attractivité de la médecine libérale qui est actuellement le premier rempart du système de santé. Comme le redoutent les représentants du secteur, elles pourraient détourner la nouvelle génération de la profession. Ces revendications seront-elles prises en compte par les tutelles ? La liberté d'installation sera-t-elle sacrifiée sur l'autel de l'accès aux soins ? Les médecins, qui réfutent le lien de cause à effet, excluent formellement cette éventualité. Ils font du renforcement des incitations tarifaires et de la hausse des quotas de formation les deux grands piliers de leurs contre-propositions. Une chose est sûre : la problématique des moyens humains et financiers n'est toujours pas réglée, celle de la pertinence des actes médicaux non plus... ●

Jonathan ICART

³ Association Nationale des Étudiants en Médecine de France – ANEMF

ILS ONT DIT...

● **François Bayrou, Premier ministre** : « L'accès aux soins est au cœur de notre pacte républicain. Il engage notre responsabilité collective comme notre solidarité nationale. La détermination du gouvernement est totale. Le pacte de lutte contre les déserts médicaux apporte des réponses nouvelles et concrètes. Un suivi précis de la mise en œuvre de ce plan et de ses effets aux niveaux national et départemental sera réalisé et rendu public tous les trimestres. »

● **Catherine Vautrin, ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles de France** : « Ce pacte contre les déserts médicaux repose sur trois convictions fortes : former davantage, mieux répartir et mieux accompagner. Il incarne notre volonté collective de garantir à chaque Français un égal accès aux soins, indépendamment de son lieu de vie. Les grandes métropoles ne peuvent pas avoir le monopole de l'excellence médicale. »

● **Yannick Neuder, ministre délégué chargé de la Santé et de l'Accès aux soins** : « Je suis convaincu que nous pouvons demander un engagement solidaire mesuré à la communauté médicale plutôt que de contraindre l'installation de quelques-uns, en l'occurrence les jeunes médecins. Nous devons avancer collectivement, avec pragmatisme et courage, pour faire reculer les déserts médicaux en formant plus, en répartissant mieux et en innovant partout. »

● **Guillaume Garot, député socialiste de la Mayenne et porteur de la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux** : « Six millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Ce n'est pas une question de droite ou de gauche. C'est une histoire de pacte républicain. La régulation de l'installation des médecins reste la pierre angulaire de toute politique réellement efficace. Elle permettra d'améliorer durablement la répartition des ressources médicales sur tout le territoire. »

« Une spécialité méconnue, mais indispensable au système de santé »

Dans une interview exclusive, Georges-Philippe Fontaine pose les conditions du développement de la médecine nucléaire. Au-delà des opportunités décrites, il aborde sans détour les nombreux défis qui attendent la profession, que ce soit sur le plan économique, technologique ou réglementaire.

→ Quel regard portez-vous sur la LFSS¹ 2025 ? Quels sont vos principaux griefs contre le texte qui a été finalement voté ?

Les parlementaires ont pour mission de réguler la hausse des dépenses de santé, nous ne le contestons pas, mais les médecins ne sont pas responsables de leur dérapage. Les radiologues, les radiothérapeutes et les transporteurs sanitaires non plus. Les économies qui sont demandées, pour ne pas dire imposées, ne résorberont pas le déficit de la branche maladie qui va mécaniquement augmenter sous les effets conjugués du vieillissement et de la chronicité. Il faut avoir le courage politique de traiter les causes structurelles du mal qui ronge nos comptes publics. La politique des rustines ne suffit plus. Il faut engager un débat de fond pour réformer le financement et le fonctionnement de notre système de santé.

→ Quelles sont vos attentes vis-à-vis des pouvoirs publics ? Envisagez-vous des actions communes avec les autres acteurs concernés par les baisses tarifaires imposées, dont les radiologues libéraux ?

Nous partageons leur incompréhension et leur dépit, mais nous ne prévoyons pas de mener des actions communes. Chacune des professions concernées par le texte de loi négocie avec l'Assurance maladie. De notre côté, nous prendrons nos responsabilités et nous trouverons un chemin de discussion qui préserve la qualité de la prise en charge des patients et le développement de notre spécialité. La voie sera particulièrement étroite, mais nous avons le sentiment que nos arguments sont considérés avec attention. Nous travaillons actuellement sur des propositions constructives pour trouver une solution qui ne pénalise ni la population, ni notre profession. La vigilance reste toutefois de mise.

GEORGES-PHILIPPE FONTAINE,
président du Syndicat national des médecins nucléaires



→ Que pensez-vous de la proposition de loi Garot ou le pacte gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux ?

La coercition ne sera pas une solution. Les mesures proposées sont de fausses bonnes idées. Elles ne permettront pas d'améliorer l'accès aux soins. Elles ne permettront pas non plus de résoudre la problématique des déserts médicaux. Elles vont, bien au contraire, altérer l'attractivité de la médecine libérale et dégrader la prise en charge des patients. Encore une fois, le sujet de fond, celui de la pénurie médicale et du numerus clausus, n'est pas réglé. Inspirées des réalités du terrain, les solutions sont pourtant clairement identifiées. Il faut « remédicaliser » et « départementaliser » les études de médecine, et augmenter le nombre de places dans les

spécialités en souffrance. Il faut également réduire le poids des contraintes administratives, qui embolissent inutilement du temps médical, et faire davantage confiance aux médecins pour développer des projets innovants qui répondent aux besoins de leurs patients. Il faut surtout revaloriser le montant des actes médicaux, dont la valeur est gelée depuis de nombreuses années, malgré la hausse constante des coûts de la pratique. Souvent présentée comme une solution miracle, la télémédecine comporte aussi des risques, dont celui de déconnecter les praticiens de la réalité de leur exercice professionnel. Il faut être prudent.

→ Quels sont les défis et les opportunités dans le domaine de la médecine nucléaire ?

La médecine nucléaire connaît des difficultés économiques et structurelles qui affectent son développement. Notre spécialité est très dépendante des matières premières, notamment de l'électricité, qui a une incidence directe sur le coût des traceurs radioactifs et des isotopes. Ces produits, en raison de leur courte demi-vie, doivent être utilisés rapidement après leur production, ce qui limite les possibilités d'approvisionnement et crée des situations de quasi-monopole. Les régions les plus éloignées des grands centres de production, comme la Bretagne, sont particulièrement lésées. Corollaire du passage de l'analogique au numérique, les équipements hybrides, bien plus chers, combinent désormais les fonctions de médecine nucléaire et de radiologie, non sans alourdir les investissements nécessaires. Autre défi majeur : le déremboursement des produits de contraste, sans la moindre revalorisation de nos forfaits techniques, nous place dans une situation inacceptable : financer nous-même leur coût ou réduire la qualité des examens.

→ Quid des opportunités ?

La médecine nucléaire est une spécialité encore méconnue, mais en pleine transformation. En deux décennies, ses performances ont connu une progression spectaculaire, notamment dans la prise en charge des cancers. Elle bénéficie notamment de l'essor de l'imagerie hybride, qui combine des caméras très sensibles à des scanners de haute qualité. Les nouvelles molécules injectées sont beaucoup plus spécifiques, tout en offrant une détection plus fine des lésions. Diagnostic, évaluation, suivi, personnalisation thérapeutique... Il en résulte des traitements plus ciblés, plus efficaces, plus réactifs, et des effets secondaires réduits, ce qui améliore la qualité de vie des patients, mais aussi l'efficacité médico-économique du système de santé. La révolution théranostique, une approche qui associe diagnostic et traitement ciblé des lésions cancéreuses, trace de nouvelles perspectives, mais la filière n'est pas encore structurée pour absorber cette croissance rapide. Il manque des ressources, des équipements et une organisation adaptée. Les pouvoirs publics devront accompagner cette évolution, en soutenant les acteurs de terrain et notamment les libéraux.

→ Quelles sont les perspectives offertes par le progrès technologique ? Quels sont les bénéfices attendus dans le domaine de l'intelligence artificielle ? Grâce à la sensibilité accrue des techniques actuelles, il est désormais fréquent de détecter des cancers

secondaires, parfois découverts fortuitement lors d'un examen pour une autre pathologie. Cette précision permet également de réaliser un bilan d'extension en une seule étape, ce qui augmente considérablement la rapidité et la qualité de la prise en charge. L'intégration rapide du progrès technologique dans le parcours de soins sera donc un enjeu majeur. Le temps est un facteur critique, notamment en oncologie, où un retard de diagnostic ou de traitement peut altérer le pronostic. Autre bénéfice attendu : l'intelligence artificielle va jouer un rôle croissant dans nos pratiques. Ce sera un véritable levier pour améliorer l'ergonomie des logiciels médicaux, gagner du temps, et renforcer la qualité et la sécurité des soins. Soyons lucides : la machine est déjà plus efficace que nous dans de nombreux domaines. Le médecin nucléaire conservera néanmoins un rôle central, la relation avec le patient, l'organisation de sa prise en charge et la supervision des outils technologiques.

→ Les établissements de santé doivent être équipés de manière adéquate pour accueillir les nouvelles technologies de radioprotection et de gestion des effluents. Comment financer toutes ces transformations coûteuses, mais non moins essentielles ?

La médecine nucléaire est une spécialité unique, qui se situe au carrefour de deux univers réglementaires complexes, soit la santé et le nucléaire. Cette double appartenance engendre une accumulation de normes parfois contradictoires qui rendent la gestion quotidienne de nos services particulièrement difficile. Nous devons composer avec des contraintes très strictes en matière de radioprotection, de gestion des déchets, de zonage et de sécurité du personnel. Historiquement reléguée dans des espaces peu valorisés des hôpitaux, la médecine nucléaire souffre encore d'un manque de reconnaissance structurelle. Nos locaux, souvent anciens et exigus, ne sont pas adaptés aux évolutions récentes, avec une demande qui augmente ou des machines plus nombreuses et plus volumineuses. Dans ce contexte, un allègement de la pression tarifaire et une simplification du cadre réglementaire seront indispensables pour maximiser les progrès techniques et garantir la qualité de la prise en charge.

→ Comment garantir le renouvellement générationnel dans votre profession ? Quelles sont vos propositions pour attirer et fidéliser de nouveaux professionnels de santé ?

Former plus de médecins nucléaires et plus de manipulateurs en électroradiologie médicale ne suffira pas. Outre un renforcement de la maîtrise de stage universitaire, qui permettrait de mieux visibiliser la discipline, il faut miser sur la stratégie du conditionnement positif. Cela passe par un accueil de qualité, des conditions de travail attractives, une rémunération valorisante, y compris pour les stagiaires, et un projet professionnel porteur de sens. L'environnement de travail doit être stimulant et structuré autour de la démarche qualité, avec des formations régulières et une implication forte de l'encadrement. A titre d'exemple, tous mes salariés ont une formation qualité de niveau référent Labelix.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Julien PUGET

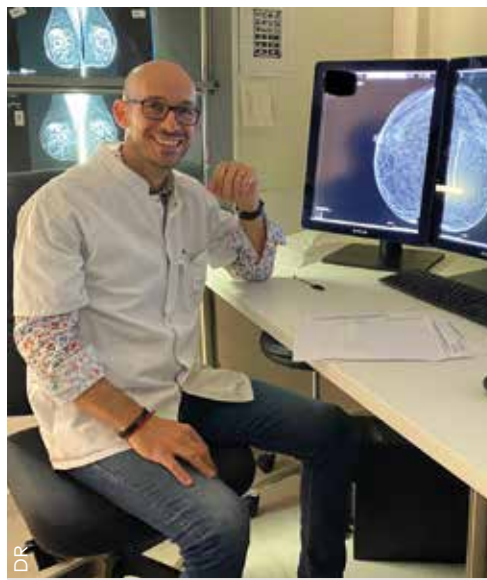
Une histoire de famille

Malgré son jeune âge, Julien Puget dispose d'une solide expérience radiologique. Caractéristique notable : la famille est le véritable fil rouge de sa carrière professionnelle, faite de plusieurs allers-retours entre le golfe tropézien et la région des Mille étangs, où il a finalement choisi de s'implanter durablement.

Les voies de la radiologie sont impénétrables. Élevé par un père radiologue libéral et une mère commerçante, Julien Puget grandit à Grimaud, un petit village situé au cœur du Golfe de Saint-Tropez. Loin des sentiers paternels, il a d'autres projets en tête. « Je voulais devenir pilote de chasse, puis ingénieur, puis chirurgien orthopédique... » Durant ses études de médecine, qui le mèneront de Marseille à Besançon, où il fera son internat, l'imagerie médicale devient progressivement son idéal. « La pneumologie était mon premier choix, mais je me suis finalement dirigé vers la radiologie pour sa dynamique technologique, et cette possibilité unique de croiser technique et clinique pour parvenir au diagnostic. » Son début de carrière sera néanmoins bouleversé par le décès de son père, dont il reprend une partie des parts. Trois années durant, il partagera équitablement son temps entre son « nouveau » groupe de radiologie varois et le CHU de Besançon, où il effectue des vacations une semaine sur deux, en attendant que sa compagne termine son internat.

→ RETOUR VERS LE FUTUR

Une fois chose faite, il retrouve son sud natal pour y exercer pleinement. Pour des raisons familiales, ils retourneront en Bourgogne-Franche-Comté six ans plus tard pour s'y installer définitivement. Après quelques remplacements, il intègre le groupe CIMVES de Vesoul. « Une structure radiologique composée de quatorze radiologues associés, qui emploie une cinquantaine de collaborateurs et accueille 100 000 patients par an. » Signe particulier : il travaille une matinée par semaine au sein du Groupe Hospitalier de la Haute-Saône, où il pratique des coloscopies virtuelles et des biopsies pulmonaires, ses deux domaines de surspécialité. Syndiqué depuis ses débuts professionnels, ce nouveau changement de région lui vaudra de prendre des responsabilités importantes, celles de président de la FNMR Bourgogne-Franche-Comté, à la sortie du Covid. Longtemps observateur, il est désormais acteur. « La fonction comporte son lot



de frustrations, notamment face aux injonctions des tutelles qui refusent le principe de la co-construction, mais son intérêt demeure pour informer et défendre la profession. » Dans un contexte marqué par le vieillissement et la pénurie, le renouvellement des élites syndicales devient une priorité. « La crise des vocations est un paramètre dont nous devons mieux tenir compte. Il nous faut impérativement convaincre les jeunes radiologues de reprendre le flambeau, en utilisant des canaux adaptés aux codes de la nouvelle génération. » Le sujet mérite effectivement réflexion.

→ OPTAM POUR TOUS !

À plus large échelle, le renouvellement générationnel sera, selon lui, un levier critique pour améliorer l'accès aux soins radiologiques. La problématique concerne les radiologues, avec une nécessaire augmentation des quotas de formation, mais également les manipulateurs, dont les effectifs déclinent dangereusement. « La hausse du nombre de machines permise par le nouveau régime des autorisations de matériels lourds nécessite des moyens humains renforcés, voire une délégation de certaines tâches », rappelle Julien Puget, qui adopte une position nuancée face aux menaces qui planent sur la liberté d'installation. « Réguler les installations dans les zones rouges ne me paraît pas être une mauvaise idée, mais cette évolution réclame des compensations tarifaires solides pour exercer dans des déserts médicaux. La combinaison de la carotte et du bâton pourrait produire des effets bénéfiques. » Dans cette optique, il propose deux solutions radicales pour redynamiser la médecine libérale : créer un modificateur Z pour l'échographie et ouvrir l'OPTAM au secteur 1. « Un OPTAM pour tous permettrait d'amortir la hausse de nos charges, de développer notre activité et nos équipements, mais aussi de recruter et de fidéliser de nouveaux collaborateurs avec des rémunérations plus attrayantes. »

→ LES BIENFAITS DU DÉPISTAGE

Encore peu convaincu des bénéfices apportés par l'intelligence artificielle, notamment en matière de détection précoce des cancers du sein en L1, Julien Puget plaide pour une généralisation rapide du dépistage du cancer du poumon, dont il participe activement à la mise en place dans sa région. Une évolution salvatrice qui apporterait de « vrais résultats » en termes de santé publique. ●

Jonathan ICART



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 !



Médecins radiologues

Statistiques région

Bourgogne-Franche-Comté 2023

Les données présentées dans cet article sont relatives aux médecins radiologues de la région Bourgogne-Franche-Comté 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

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

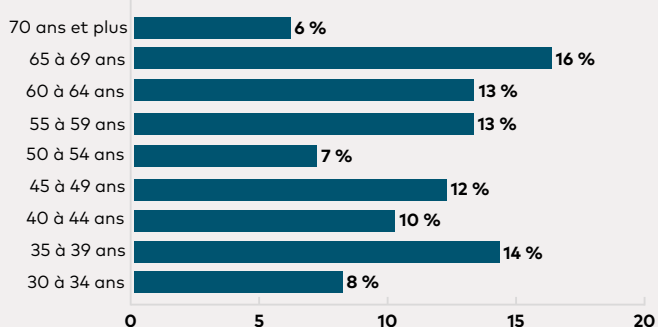
Radiologues : 208

Densité : 7,5⁽¹⁾

Région Bourgogne-Franche-Comté	2010	2015	2023
Nombre de radiologues	210	203	208
Densité ¹	7,5	7,2	7,5

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

Radiologues : répartition par tranche d'âge (Bourgogne-Franche-Comté 2023)



→ SECTEUR CONVENTIONNEL

71% des radiologues sont inscrits en secteur 1.
18% inscrits en secteur 2 ont adhéré à l'OPTAM
et 12% sont en secteur 2 sans OPTAM.

→ ACTIVITÉS

BFC Toutes spécialités	Nombre d'actes	Nombre d'actes en % du total	Dépense totale ²	Dépense rembour- sable	Dépasse- ments	Dépense remboursée ³	% du total dépense remboursée
Radiographie conventionnelle	1 963 066	54 %	54 M€	53 M€	1 M€	43 M€	34 %
Échographie	1 152 588	32 %	78 M€	73 M€	5 M€	60 M€	48 %
Scanner	278 169	8 %	19 M€	18 M€	1 M€	14 M€	11 %
IRM	233 422	6 %	11 M€	11 M€	547 K€	9 M€	7 %
Total toutes spécialités	3 627 245	100 %	162 M€	155 M€	8 M€	125 M€	100 %

(2) Dépense totale = Dépense remboursable + dépassements

(3) Dépense remboursée par l'Assurance maladie

→ LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Bourgogne-Franche-Comté 2023	Taux de dépassement
Toutes modalités	4,7 %

Source :
SAD-Ameli

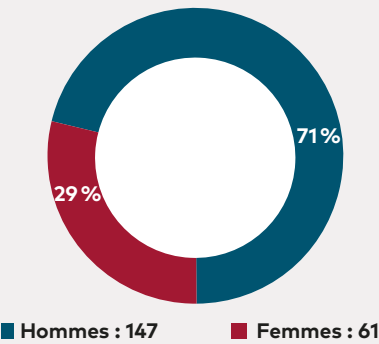
→ PATIENTÈLES

Le nombre de patients par radiologue est de 7 222
en Bourgogne-Franche-Comté (7 213 France
entière). Il s'échelonne de 6 263 dans le Jura à
8 702 dans l'Yonne.

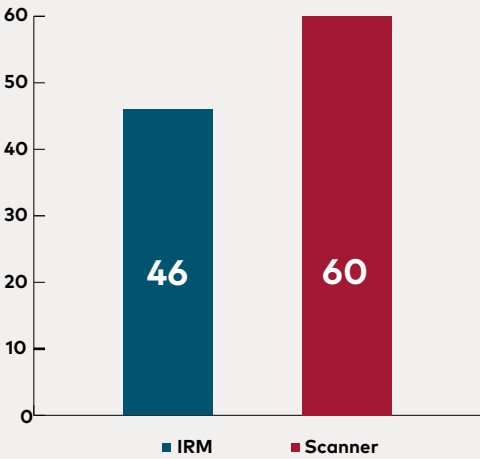
Source : Ameli

→ LE SEXE

Répartition des radiologues selon le sexe
(Bourgogne-Franche-Comté 2023)



→ ÉQUIPEMENT MATÉRIELS LOURDS
EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
(SEPTEMBRE 2023)



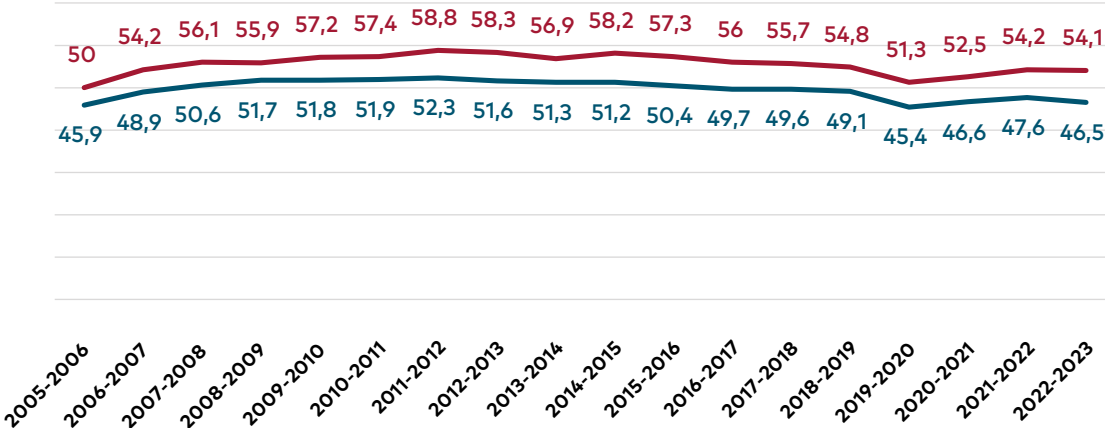
Source : SNITEM

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Dépistage organisé du cancer du sein Bourgogne-Franche- Comté'	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
Bourgogne-Franche- Comté	475 028	256 346	54,1

Source : Santé Publique France

Taux de participation au dépistage du cancer du sein (biannuel) en % – Bourgogne-Franche-Comté 2005-2023



Les adhérents de la FNMR trouveront des statistiques de la région Bourgogne-Franche-Comté
détaillées par département dans la partie adhérents du site fnmr.fr



PPL¹ Garot

Les élus FNMR ont la parole

Selon les radiologues que nous avons interrogés, la PPL Garot ne permettra ni de lutter contre la propagation des déserts médicaux, ni d'améliorer l'accès aux soins des Français. Elle pourrait, en revanche, compromettre l'attractivité de la médecine libérale en général et de la radiologie en particulier. Chacun formule des propositions alternatives pour redynamiser durablement la pratique médicale dans les territoires.

« UNE MAUVAISE MÉTHODE... »



Dr Layla BOULOS

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



La PPL Garot : cette proposition de loi, partant de constats réels, essaie de résoudre la problématique de l'accès aux soins par des mesures contraignantes. C'est rarement une bonne méthode ! Ça l'est encore moins pour les médecins... Il n'est pas question de rébellion, mais d'efforts énormissimes – les études de médecine sont citées comme les plus difficiles dans plusieurs pays, notamment la France et les Etats-Unis. Concours, heures de travail innombrables, durée des études, « re-concours » pour les spécialités, et à ce stade – on l'oublie – régulation du choix de la spécialité et de la ville, mémoire et thèse en parallèle des études,

publications en parallèle des stages et des gardes... Il en résulte des professionnels croyant – à mon sens à juste titre – avoir gagné leur droit à exercer librement. Et on se heurte à la réalité de l'inhomogénéité de la densité médicale. Or que recherchent les gens en général ? Des conditions de vie et de travail attractives. S'installer à Paris ou à Nice en famille coûte plus cher que dans d'autres villes et régions. Et pourtant, ces villes sont « sur-dotées ». Parce que les gens y trouvent des crèches, des bonnes écoles, des bonnes universités, des infrastructures sportives, des moyens de transport... Concernant l'activité, les médecins ne peuvent exercer efficacement en autarcie. Ils ont besoin d'infirmiers, de laboratoires de biologie, de cabinets de radiologie, de médecins d'autres spécialités à qui adresser leurs patients au besoin, et de confrères pour les remplacer quand ils doivent s'absenter. Et ils constatent que c'est plus simple à trouver dans certaines régions, celles « dotées ». Qui le leur reprocherait ? La contrainte est inefficace, pour le moins sur le long terme. La motivation, modèle gagnant-gagnant, peut être porteuse de résultats. Encourager des exercices multi-spécialités médicales et paramédicales, majorer les cotations dans les zones sous-dotées, voire instaurer un avantage fiscal, redynamiser les régions de façon globale, en passant par les écoles et les services publics... Voilà la bonne méthode.

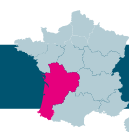
Les contre-propositions : si l'on veut que ce très beau métier continue à attirer les jeunes, le travail est colossal, mais sans doute indispensable. Nous manquons de médecins, mais récusons tous les ans des milliers d'étudiants qui auraient fait d'excellents praticiens. Apertus et non plus clausus ? Encore en déficit. Certains se retrouvent en Europe de l'Est – la Roumanie est à la mode – et reviennent des années plus tard exercer en France. Le but est-il de faire former nos médecins ailleurs ? Pour quelles raisons ?

¹ Proposition de loi

Financières ? Ceux qui restent ici, et je parle autant de ceux qui ont échoué au concours que de ceux qui sont passés en deuxième année, se retrouvent dans un système qui broie véritablement les gens, par une quantité de stress monumentale. Il me semble impensable d'être, encore aujourd'hui, persuadé qu'il faille souffrir pour apprendre ou avancer ! Les remèdes sont connus : allons vers un système de Bachelor en trois ans, avec une matière principale. Et au bout du Bachelor, en fonction de la moyenne des trois ans, passer en quatrième année de médecine ou en Master de la matière principale. Moins de stress, une voie pour chacun, et autant de médecins que notre démographie le nécessite ; allons vers un système de plus grande collaboration public-privé pour un fonctionnement plus

efficace pour les patients et plus intéressant pour les médecins qui, se sentant moins isolés, s'installeraient plus volontiers en libéral dans les zones sous-dotées ; allons vers une reconnaissance plus importante de ces personnes qui passent leurs plus belles années – et toutes les autres – à apprendre et soigner. Instaurons une obligation de respect des rendez-vous et des personnes ; allons vers une meilleure rémunération dans les zones sous-dotées, le temps de rendre celles-ci plus attractives en tout point ; comprenons, enfin, que rendre chaque étape une difficulté, depuis le concours de première année jusqu'au choix de l'installation, ne fera qu'accroître la pénurie de médecins, étendre les zones sous-dotées et, en réalité, homogénéiser l'accès aux soins. ●

« UNE IMPASSE POLITIQUE ! »



Dr Éric CHAVIGNY

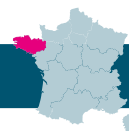
Radiologue libéral
Président de la FNMR
des Landes (40)

La PPL Garot : sous prétexte de lutter contre les déserts médicaux, cette proposition de loi procède par contrainte, injonction et recentralisation. Plutôt qu'un soutien, elle représente une mise sous tutelle des médecins libéraux, déjà au bord de l'épuisement. Alors que ces derniers maintiennent le système de santé à flot, souvent au prix de leur santé mentale, de leur vie familiale, et d'un renoncement à leur qualité de vie, ils sont aujourd'hui pénalisés, surveillés et contraints par un texte autoritaire. La loi nie le principe fondamental du libéral : la liberté d'installation. Cette liberté est le pendant d'une prise de risque réelle : charges, gestion, responsabilités administratives, investissement. En supprimant cette liberté sans offrir de contrepartie, l'État impose une logique unilatérale, déséquilibrée et injuste. La suppression du secteur 2 hors OPTAM va, par ailleurs, pousser de nombreux spécialistes à se déconventionner ou à quitter l'exercice. Plutôt que d'encourager les médecins à s'installer, ce texte rend leur installation plus difficile, leur exercice moins viable et leur engagement plus risqué. Cette même loi entend rétablir une obligation de participation à la permanence des soins pour les médecins libéraux. C'est une ligne rouge. Car ce sont précisément ces médecins que l'État a exclus de la permanence des soins pendant des années, en concentrant les moyens humains et financiers vers l'hôpital et les urgences. Aujourd'hui, on leur intime de pallier un vide que l'État a creusé sans leur en donner les moyens, ni la reconnaissance. En somme, ce texte prend les médecins libéraux pour des variables d'ajustement. Il punit ceux qui sont restés, sans interroger ceux qui ont organisé le retrait des politiques publiques de santé sur le terrain. Il risque de produire l'effet inverse de celui recherché : démobilisation, départs, refus d'installation et défiance durable envers l'État.

Les contre-propositions : face à cette impasse politique, nous avons des propositions claires : revaloriser les actes, simplifier les démarches, investir dans l'attractivité de l'exercice libéral. Il ne s'agit pas de réclamer des aides ou des primes ponctuelles, mais de refonder le cadre de l'exercice pour le rendre viable et désirable. En radiologie, les enjeux sont encore plus cruciaux. La spécialité subit une pression tarifaire constante, des investissements lourds, une explosion de la demande, et malgré cela, elle tient grâce à un maillage libéral dense et efficace. Ce modèle est aujourd'hui menacé. Mais plutôt que d'attendre des réponses venues d'en haut, les radiologues libéraux ont agi. Ils ont conçu et mis en œuvre un modèle novateur, celui des Plateaux d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité dits PIMAP. Ces structures permettent d'assurer une imagerie de proximité, de qualité, sans aide publique, dans des zones où l'offre est fragilisée. Financement privé, initiative médicale, ancrage territorial, le PIMAP est une solution 100 % libérale à un problème que l'État ne sait plus résoudre. Et pourtant... Lorsque la FNMR a proposé un amendement à la PPL Garot, pour faire reconnaître ce modèle dans la loi, l'amendement présenté par le député Thibault Bazin a été rejeté. Voilà le vrai visage du discours gouvernemental : refuser d'inscrire dans le droit une solution qui fonctionne, simplement parce qu'elle vient des libéraux. Nous ne réclamons ni subventions, ni privilèges. Nous demandons que les actes soient rémunérés à hauteur de leur coût réel, et que le gouvernement reconnaisse et encourage la création de ces PIMAP. Il est temps de laisser les professionnels bâtir des réponses adaptées, locales et efficaces. Les solutions existent. Ce sont les politiques qui les refusent. La médecine libérale est en danger, non pas par abandon, mais par étouffement. La PPL Garot en est une démonstration éclatante : quand les libéraux construisent, l'État sabote. Face à cela, nous n'opposerons ni silence, ni soumission. Nous continuerons à défendre un modèle de soins libre, responsable et moderne au service des patients, et à exiger que l'on nous laisse faire notre métier. ●



« UN TEXTE DÉMAGOGIQUE »



Dr Éric CHEVALLIER

Radiologue libéral

Président de l'Union régionale
FNMR de Bretagne

La PPL Garot : « A situation exceptionnelle, mesure exceptionnelle », annonçaient gravement Guillaume Garot et la cohorte de députés transpartisans qui ont eu le « courage politique », assis dans leur fauteuil à l'Assemblée quand ils daignent s'y déplacer, après quarante ans d'incurie, de vouloir supprimer la liberté d'installation des jeunes médecins en raison des déserts médicaux.

La méconnaissance et/ou la démagogie sont telles qu'un haut personnage politique affirme que les médecins sont payés directement par la Sécurité sociale, et qu'ils n'ont donc qu'à s'exécuter. Effet pervers du tiers payant ! Certains pensent également que les jeunes médecins doivent prendre leurs responsabilités, car leurs études sont payées par la Nation. Quid des étudiants des autres facultés qui devraient donc subir ce même traitement et rembourser eux aussi la Nation ? Voilà donc un projet de refonte complète du principe de la gratuité des études universitaires, fierté de la réussite républicaine française, qui se profile...

Dès leur externat, les étudiants accomplissent une partie des tâches des secrétaires et des aides-soignants, et participent déjà activement au fonctionnement de l'hôpital. Pendant leur internat, ils deviennent très vite autonomes, et fournissent un travail de médecin pour une rémunération largement inférieure au SMIC. Et que dire des chefs de clinique, qui ont un domaine d'expertise, et qui sont des référents pour un coût dérisoire ? Tout ceci est un contrat moral gagnant-gagnant qui fait partie de la formation, et permet ainsi à la collectivité d'économiser des millions d'euros. On ne peut pas laisser dire n'importe quoi.

Cette PPL porte de nombreuses incohérences. 87 % du territoire est sous-doté, qui donc va aller où, que ça soit pour deux jours, cinq ans ou toute une vie ? Quel

territoire déshabiller et au profit de quel autre ? Pour s'assurer que l'activité des médecins soit maximale, la CNAM maintient pourtant des cotations d'actes aussi faibles que possible, les plus basses d'Europe. Les praticiens libéraux sont ainsi obligés de travailler énormément pour garder un train de vie confortable et financer leur retraite, ou alors ils choisissent une vie très minimaliste. Les pouvoirs publics proposent de travailler dans les zones sous-dotées qu'ils ont eux-mêmes délaissées depuis longtemps sur tous les plans, avec des primes (toujours précaires) et non des prix, dans un contexte toujours plus coercitif, sur-administré, et avec une fiscalité toujours plus confiscatoire. Il y a toujours quelques PU-PH en retraite, bien loin de la vraie vie, pour assurer dans ce type de circonstances la parade médiatique, jouer les censeurs, les juges de paix et affirmer que les médecins libéraux sont des privilégiés grâce à la sécurité de l'emploi, et qu'ils sont redevables à vie envers la société. Mais la réalité est là. Les jeunes médecins vont probablement chercher un emploi salarié avec un volume d'activité nettement plus faible que dans le libéral, s'installer en secteur totalement déconventionné, changer d'orientation professionnelle ou s'expatrier. Il faudra peut-être alors s'attendre à ce que l'État leur interdise de sortir du territoire, le secteur 3 ou la reconversion professionnelle (au titre du remboursement des études).

Les contre-propositions : pour redonner de l'attractivité aux zones sous-dotées, les radiologues libéraux et la FNMR développent le concept de Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité (PIMAP), avec installation d'un plateau technique complet d'imagerie hors des grandes agglomérations. L'accès plus facile à l'imagerie, y compris en coupe, redonne de la facilité d'exercice professionnel aux cliniciens à proximité, et contribue à repeupler médicalement les zones désertifiées. Voilà déjà un bon exemple d'action positive des médecins libéraux basée sur la pertinence. Un autre sujet délaissé qui participe pourtant à l'engorgement du système actuel. ●

« UNE PROPOSITION DE LOI POPULISTE ET INJUSTE ! »



Dr Christian FORTEL

Radiologue libéral

Président de l'Union Régionale
FNMR d'Ile-de-France

La PPL Garot : il s'agit d'une loi populiste et coercitive, parfaitement injuste envers les jeunes médecins et dont les effets seront contre-productifs pour l'accès aux soins déjà très compliqué en France. Les déserts médicaux sont présents partout, pas seulement

dans certains territoires. En favoriser certains, c'est aggraver la situation des autres. Les jeunes médecins à l'âge de s'installer après avoir consacré leur jeunesse à étudier et donné de leur temps à l'hôpital seraient expédiés dans des « déserts » où tout manque : les services publics, les écoles, les transports, à l'heure où la population est passée au rythme des 35 heures, des RTT, et des loisirs, et défend la retraite à soixante ans. Ils ne se plieront pas à cette loi, s'installeront de moins en moins, sinon en honoraires libres pour se détacher des tutelles étouffantes, et choisiront des activités salariales, ou de médecine parallèle. Certains

partiront à l'étranger, ce qui ne fera qu'aggraver la situation.

Les contre-propositions : il devient urgent de réduire le poids des tutelles, de la sur-administration de notre médecine, hospitalière comme libérale, ce qui serait une source non négligeable d'économies et un gage d'efficacité systémique. Déployer des mesures réellement incitatives, sur la rémunération ou encore l'accès facilité au secteur 2, qui permet aux médecins d'employer du personnel pour l'aider dans ses tâches administratives ou médicales. Proposer des mesures adaptées aux exigences de notre époque, sur l'exercice en groupe, la formation continue, l'accès aux spécialistes, au dossier médical partagé, aux équipements informatiques, à l'IA et à la télé-expertise. Pour la radiologie, conserver l'indépendance de notre profession, valoriser la pertinence des demandes

d'examen dont les économies générées peuvent être redistribuées dans nos secteurs en développement comme la radiologie interventionnelle en plein essor, elle-même source d'économies mais de pratique coûteuse. La réforme engagée de la nomenclature devrait permettre une rémunération plus juste des actes, sauf à être à nouveau détournée vers un appauvrissement général de nos moyens d'exercice et une poursuite de la course folle à la productivité. Cette loi constitue une fausse bonne idée pour un réel problème créé de toute pièce par l'incurie de l'Etat à travers les gouvernements qui se sont succédé depuis quarante ans, en instituant un *numerus clausus* sévère, aveugle et inadapté aux besoins d'une population vieillissante. En réduisant l'offre médicale, on a réduit l'accès aux soins, mais on n'a pas réduit les coûts. On en mesure aujourd'hui les conséquences dramatiques. ●

« LA RÉGULATION N'EST PAS UNE SOLUTION »



Dr Katia GIOBBINI

Radiologue libérale
Présidente de la FNMR
de l'Aude (11)

La PPL Garot : ce texte existe depuis 2023... Il est soutenu par un groupe transpartisan de députés de l'Assemblée nationale. Il a d'abord été rejeté par la Commission des affaires sociales, et n'a pas le soutien du ministre de la Santé. Il a pourtant été voté par une Assemblée nationale quasiment vide.

Il comporte quatre articles dont deux sont vivement critiqués par la profession : l'article 1 qui introduit une régulation à l'installation des médecins en ville, installation qui sera soumise à l'autorisation préalable de l'ARS, en fonction d'un zonage effectué par celle-ci, et l'article 4 qui instaure une permanence des soins obligatoire pour chaque médecin. Cette PPL, présentée comme une solution « rapide » pour gérer la pénurie de médecins, ne va en réalité pas améliorer l'accès aux soins des Français. Il faut rappeler que cette pénurie est le résultat de l'introduction du *numerus clausus*, qui n'a jamais été remis en question par l'ensemble de la classe politique, tous bords confondus.

La modification récente en *numerus apertus* est insuffisante. Aujourd'hui, 87% du territoire français est un désert médical et on veut nous faire croire qu'une meilleure « répartition » des médecins réglerait ce problème. Une pénurie reste une pénurie. La densité médicale en France est inférieure à la moyenne européenne. On nous dit que la solution de la régulation n'a jamais été essayée. Mais dans les pays qui l'expérimentent déjà depuis longtemps, comme l'Allemagne, elle n'a pas permis d'éliminer les déserts médicaux. La régulation n'est pas la solution ! De plus, du fait des départs à la retraite de médecins encore importants dans notre pays, l'effet de la régulation serait nul. Les nouvelles installations seraient toujours possibles sur l'ensemble du territoire. On introduit une mesure coercitive sans effet immédiat avec même



l'ajout de mesures administratives supplémentaires à l'installation avec une autorisation préalable de l'ARS, selon un zonage réalisé à partir d'un indicateur mal défini, ce qui ralentira les installations en libéral et les rendra inadaptées à la situation réelle du terrain. Les jeunes médecins souhaitant s'installer en libéral risquent d'être découragés et s'orienteront vers d'autres modes d'exercice ; seuls 30 % des médecins formés s'installent en libéral. De même, concernant la permanence des soins ambulatoires, 97 % du territoire est pourvu sur le mode du volontariat. Comment imaginer qu'une PDSA obligatoire améliorerait l'accès aux soins des patients quand les médecins ne sont pas

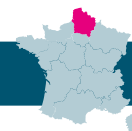


→ demandeurs et ne se sentent pas en difficulté sur ce point. De plus, cette permanence serait obligatoire pour tous les médecins alors qu'elle ne concerne pas certaines spécialités, ni certaines formes d'exercice professionnel. En définitive, cette loi n'introduit que des mesures coercitives sans la moindre démonstration de leur efficacité, et contre l'avis de tous et en particulier des médecins.

Les contre-propositions : il faut tout d'abord poursuivre et améliorer les mesures incitatives. Jugées insuffisantes par Guillaume Garot et son groupe, elles sont en réalité peu utilisées, car souvent méconnues et ne bénéficient pas de l'accompagnement nécessaire de l'ARS permettant une meilleure efficacité. Les médecins ont besoin de faire de la médecine et d'avoir du temps pour s'occuper de leurs patients. Or, pour cela, une diminution des contraintes administratives serait nécessaire, avec un arrêt des certificats inutiles mais surtout la diminution de tâches qui incomberaient plutôt aux caisses d'assurance maladie. Il ne faut

pas oublier que le patient est l'assuré social et que le médecin n'est pas un agent de l'État. Ceci permettrait d'améliorer l'attractivité de la médecine libérale, de même que le développement de stages d'internes dans le libéral pour l'ensemble des spécialités et la radiologie en particulier. Ces stages sont actuellement peu nombreux et ne sont pas favorisés par les facultés et les hôpitaux, car il manquerait trop d'internes pour réaliser l'activité hospitalière qui repose encore trop souvent sur eux. La radiologie de proximité serait améliorée par le développement de structures comme les PIMAP, avec un soutien d'outils modernes comme la télé-radiologie pratiquée au sein des groupes de radiologie et l'arrivée de nombreux logiciels d'aide grâce à l'IA, sans oublier une amélioration de la pertinence des actes. Il serait bon également de s'attaquer aux 28 millions de rendez-vous médicaux non honorés chaque année. Cela permettrait d'améliorer la pratique de la médecine libérale ainsi que l'accès aux soins des patients. La PPL Garot ne semble pas s'en préoccuper lui préférant de multiples mesures coercitives. ●

« DES MESURES CONTRE-PRODUCTIVES »



Dr Peter PETROW

Radiologue libéral
Président de la FNMR
des Hauts-de-France

La PPL Garot : cette proposition de loi coercitive se caractérise par son esprit fondamentalement négatif. Dans son premier article, l'interdiction d'exercer dans les zones sur-dotées, qui restent à définir comme les zones sous-dotées, aura pour seul effet certain de valoriser financièrement les cabinets médicaux situés dans des zones sur-dotés. Autre dommage prévisible : l'intermédiation d'une autorisation délivrée par la direction générale de l'ARS de tutelle ralentira d'un mois toute installation, déjà soumise à autorisation du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Concernant le deuxième article de la PPL Garot, la Sécurité sociale a déjà le pouvoir de désigner un médecin traitant ou un patient sur demande. Il s'agit pour moi d'une complexification potentiellement inutile. Les modifications apportées dans son troisième article ne vont rien régler dans l'immédiat. Les évolutions prévues en première année de médecine n'auront aucun impact avant douze ou quinze ans. Si on veut rendre attractive l'installation avec un effet rapide dans les déserts médicaux, il va falloir ouvrir plus de stages, en particulier dans le privé. Pour les autres articles, on peut se demander à quoi ils servent, car toutes les régions sont déjà équipées d'un CHU. La Corse est un cas très particulier...

Les contre-propositions : il faut impérativement obliger les CHU à ouvrir des stages dans le privé. Ce sera le seul moyen de faire connaître le monde libéral et son exercice dans les territoires, y compris

dans les déserts médicaux. L'obligation légale est indispensable, car elle permettra de combattre les barrages imposés par les doyens et certains responsables de DES. Ceci a l'air moins important pour le cursus en médecine générale, mais est nettement plus important pour les spécialités DES. Autre proposition : arrêter les baisses permanentes de nomenclature qui, outre leurs conséquences financières désastreuses, ont un effet culpabilisant sur les spécialités concernées (les biologistes notamment), car elles suggèrent l'utilisation infondée de l'argent des cotisations. En radiologie, le retard de reconnaissance des nouvelles technologies se traduit par la non-introduction de nouvelles cotations (scanner de comptage photonique, macrobiopsie sous guidage par IRM...). Troisième impératif majeur : arrêter de saupoudrer l'argent, à travers de nombreux artifices de subventions (les maisons de santé) ou à travers des agences multiples et variées, et se concentrer sur une CCAM qui prend cela en considération avec des factures de cotation tenant compte d'un facteur géographique de désert. Le but étant de ne pas construire des nouvelles cathédrales médicales, mais de faire converger l'argent vers le patient, là où il en a besoin. Il faut bien comprendre que l'activité médicale auprès du patient, sous la forme d'un exercice médical classique, n'avait pas de concurrent réel il y a trente ans. De ce fait, la plupart des médecins se tournaient vers une pratique de la médecine auprès des patients. Aujourd'hui, les études de médecine permettent des offres d'emploi bien plus intéressantes qu'auparavant, que ce soit dans l'industrie médicale, dans l'industrie pharmaceutique ou dans le monde informatique, avec des revenus tout à fait compétitifs et des conditions de travail attrayantes. Au moins aussi attrayantes qu'une activité médicale auprès des patients... ●

« UN ÉCHEC GARANTI... »



Dr Pierre-François ROBACHE

Radiologue libéral
Président de la FNMR
de l'Aisne (02)

La PPL Garot : la limitation de la liberté d'installation est un serpent de mer qui revient régulièrement.

Une fois de plus, les politiciens cherchent les vieilles recettes ayant déjà échoué plutôt que d'innover dans des solutions réfléchies. La contrainte de la liberté d'installation a déjà été étudiée à plusieurs reprises et tant les arguments que les résultats expérimentaux ont donné les mêmes conclusions. Les étudiants en médecine sortent de la faculté entre 30 et 35 ans en moyenne, et vivent le plus souvent en couple avec un conjoint qui travaille. De ce premier point, il apparaît que la plupart prendront une décision commune quant au lieu d'installation. Par ailleurs, le changement de démographie, avec la féminisation et la diminution du temps de travail, fait que d'autres paramètres plus récents sont venus s'ajouter aux anciens éléments, à savoir qu'avec la baisse de rémunération des médecins, il devient plus logique de s'installer proche d'une grande ville afin que les enfants puissent faire facilement des études, sans forcément investir sur une autre ville universitaire. Il y a aussi un choix d'installation qui se fait par des préférences de vie proches des grandes métropoles ou proches des anciennes facultés où l'étudiant avait fait ses études. Enfin, dernier argument qui démontre l'inutilité de cette réforme, la baisse de la démographie médicale sur la quasi-totalité du territoire fait que les zones sur-dotées sont de plus en plus rares.

Les contre-propositions : pour faire la promotion de certaines installations dans des territoires sous-dotés, il paraît logique de mettre en contrepartie de l'effort fait par le praticien des facilités d'installation et surtout de rémunération, éventuellement en ouvrant un secteur OPTAM ou un secteur 2 réellement avantageux. Mais, là encore, de nombreuses discussions ont déjà été menées... sans succès. Reste à voir si nous pouvons espérer un jour un changement de paradigme. ●

« UNE REMISE EN CAUSE DU MODÈLE LIBÉRAL »



Dr Coralie SICARD

Radiologue libérale
Présidente de la FNMR
de Paris (75)

La PPL Garot : quand bien même la cause serait juste (lutter contre les déserts médicaux), cette proposition de loi porte atteinte au principe même de l'activité libérale, car elle remet en cause la liberté d'entreprendre et soumet la profession libérale à l'autorité des agences étatiques. Il n'est pas juste ni souhaitable d'obliger un jeune médecin, qui a dédié entre dix et douze ans de sa vie à sa formation, à quitter sa ville natale, sa ville de formation ou sa famille. Il n'est pas non plus souhaitable de le contraindre à abandonner le réseau de médecins qu'il aura construit tout au long de ses études. Si cette

loi est votée, il faut s'attendre à une démotivation des étudiants à s'engager dans les filières santé et, par conséquent, une possible diminution du nombre de médecins formés, ce qui va à l'encontre des mesures prises pour lutter contre la désertification médicale.

Les contre-propositions : il n'y a pas de solution « miracle » aux problèmes des déserts médicaux, mais une régulation autoritaire de l'installation des médecins ne doit pas et ne peut pas être une réponse à la désertification médicale. Le numerus clausus, qui a entraîné une chute de la démographie médicale, est la principale cause des déserts médicaux. Il faut donc attendre les effets bénéfiques de l'instauration du numerus apertus qui verra une augmentation du nombre de médecins formés et, par conséquent, une homogénéisation de la répartition des médecins sur le territoire français. Mais ce ne sera pas avant 2030... ●



« LES MÉDECINS NE SONT PAS RESPONSABLES DES ERRANCES POLITIQUES »



Dr One-Aly TAYEBJEE,
Radiologue libéral
Président de la FNMR
de **Seine-Saint-Denis (93)**

PPL Garot : l'Assemblée nationale a adopté la loi Garot, malgré la forte mobilisation des médecins et des internes. Cette loi vise à lutter contre les déserts médicaux en instituant la régulation à l'installation et impose une participation à la permanence des soins. En théorie, cela semble être une réponse idéale qui fait plaisir à l'électorat mais, dans les faits, elle va à l'encontre de la pratique libérale. C'est une loi qui ne prend en compte que le nombre de médecins et oublie que les déserts médicaux résultent de plusieurs paramètres liés aux médecins, mais également aux décisions prises par les tutelles et des conditions environnementales. Comment augmenter le nombre de médecins dans les régions défavorisées quand on sait que la moyenne des médecins en France reste largement en deçà de la moyenne des pays européens ? Par ailleurs, cette loi ne remet absolument pas en cause les décisions émanant des tutelles que sont l'ARS, la CPAM et autres institutions qui gèrent et orientent fortement notre pratique libérale. A aucun moment leurs décisions et leur efficacité ne

sont analysées. Cette même inefficacité pénalise notre système hospitalo-universitaire. Encore une fois, en faisant reposer la responsabilité des défaillances de la médecine libérale sur les médecins seuls, les responsables politiques démontrent une approche à court terme et n'apportent pas de réponse pérenne.

Les contre-propositions : la médecine libérale et la radiologie en particulier doivent faire face à de nombreuses évolutions. Sur le plan démographique, le corps médical se féminise, le mode de travail des jeunes médecins change, on assiste à une paupérisation de leur statut. Sur le plan technique, on assiste à une évolution technologique et structurelle permanente nécessitant une mise à jour des connaissances et des pratiques. Sur le plan sociétal, les attentes de la population évoluent au point de considérer la santé comme un bien consommable. Sur le plan politique, les décisions des tutelles et de nos hommes politiques sont erratiques et stressantes, responsables d'une augmentation des charges administratives. Le défilé des ministres de la Santé empêche une mise en place d'une politique cohérente et une réflexion à long terme. Sur le plan économique, la transformation financière du monde médical établit un aspect binaire de la médecine : être un artisan ou être financiarisé alors que la solution se trouve entre ces deux positions. Pour redynamiser la médecine, il est important de réaliser un véritable état des lieux. Pour cela, il faut commencer par faire un audit pour chaque spécialité en commençant par la radiologie. Cet audit doit lister les attentes des professionnels en s'appuyant sur les sociétés savantes. Il doit également tenir compte de l'expérience des pays européens pour copier ou éviter certains modèles. Un deuxième audit doit se faire sur le plan du territoire pour lister la pratique libérale de la pratique hospitalière, évaluer les besoins et savoir ce qui peut être proposé. Il faut avoir une vision d'effectivité adaptée au territoire et non une vision d'uniformisation nationale.

Il faut également qu'il y ait un échange et une interconnexion entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Une solution transitoire pourrait être le développement de PIMM sur un territoire qui réuniraient les démarches libérales et publiques dans une même unité permettant ainsi de rétribuer ceux qui travaillent sans pour autant pénaliser ceux qui assurent une activité minimale. Je sais que cela reste difficile et nécessite une évolution des mentalités et des concessions de part et d'autre. La réponse est, comme souvent, devant nous avec des solutions territoriales soit en cours de développement soit en gestation qu'il faut soutenir et aider à développer. Il ne faut pas proposer de grande réforme, mais s'inspirer des propositions des professionnels de santé pour remettre du bon sens, de l'efficacité et de la rapidité dans le système de santé. C'est par cette exemplarité que la médecine libérale et la radiologie pourront trouver un sens et se développer. ●

« DES CONTOURS ENCORE TRÈS FLOUS... »



Dr Éric TEIL

Radiologue libéral
Président de la FNMR
de Savoie (73)

La PPL Garot : la proposition de loi contre les déserts médicaux repose sur un nouveau zonage, dont les contours sont encore très flous, au même titre que les propositions formulées pour réformer les études médicales. Une évolution qui suscite plusieurs interrogations, dont celle récemment soulevée par la présidente de la Conférence des doyens et doyens de médecine qui juge démagogique et irréalisable d'ouvrir une première année de médecine dans chaque département avec des moyens constants. Une chose est sûre : le développement de la maîtrise de stage universitaire dans le secteur libéral serait une solution plus efficace et moins contraignante pour favoriser les installations dans les zones sous-dotées.

Les contre-propositions : l'URPS Médecins Libéraux AuRA promeut de nombreuses initiatives pour

LE DÉVELOPPEMENT DE LA MAÎTRISE
DE STAGES UNIVERSITAIRES DANS
LE SECTEUR LIBÉRAL SERAIT UNE
SOLUTION PLUS EFFICACE ET MOINS
CONTRAIGNANTE

mieux faire connaître les spécificités de cet exercice, dont celle d'accueillir des externes dans les cabinets libéraux pour une durée de quarante-huit heures, mais cette proposition se heurte au refus catégorique du doyen de la Faculté de Lyon qui leur interdit d'y participer. Il en va de même pour les coordinateurs de certaines spécialités médicales, mais aussi de certains médecins généralistes, concernant l'accueil en stage des internes. Il faut impérativement lever ces barrières culturelles et corporatistes qui détournent les futurs médecins de la pratique libérale au détriment des patients et de l'accès aux soins. L'URPS Médecins Libéraux AuRA développe, par ailleurs, une cellule d'aide pour promouvoir les installations, y compris dans les territoires les plus reculés. ●

La FNMR j'adhère !

5 Bonnes raisons



fnmr.fr

« 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.

Pour que le médecin radiologue puisse rester maître de son outil de travail et garder la maîtrise de son plateau technique.

3

L'équipement d'imagerie médicale.

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

4

Le dépistage du cancer du sein.

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

5

La téléradiologie et l'intelligence artificielle.

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

- 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.

Plan imagerie : un seul objectif, la pertinence

LES COMPTES 2024 DE LA FNMR

Les comptes de la Fédération sont présentés par **Dominique Masseys, Trésorier, et Jean-Charles Guilbeau, Trésorier adjoint.**

En 2024, le nombre d'adhérents est stable mais les rentrées de cotisations sont tardives. Néanmoins, le niveau des cotisations d'adhérents et de centres scanner et IRM reste élevé. Les trésoriers de la Fédération remercient les trésoriers départementaux et régionaux et les présidents départementaux pour leur travail qui permet ces résultats. Il est à noter que pour l'année 2024, les dépenses d'exploitation sont supérieures aux prévisions en raison de l'inflation et des actions engagées à l'occasion des 20 ans du dépistage du cancer du sein. De ce fait, les comptes enregistrent une perte, couverte par les réserves.

Les hausses de charges conjoncturelles ne permettent pas d'établir des comptes prévisionnels 2025 en équilibre.

Les comptes sont soumis au vote du Conseil qui les arrête à l'unanimité.

LE POINT POLITIQUE ET SYNDICAL

→ LES NEGOCIATIONS AVEC LA CNAM

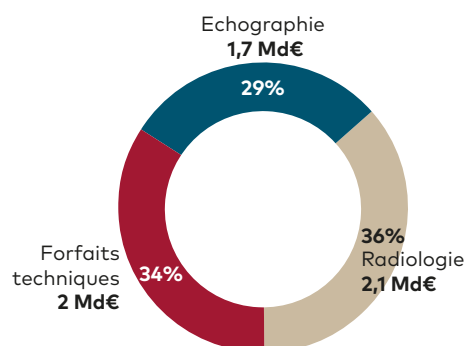
Les négociations ont repris avec la CNAM¹ dans le cadre de la LFSS 2025². La convention médicale a prévu une action « pertinence » sur l'imagerie médicale reprise par la LFSS avec un objectif d'économies fixé par le Parlement à 300 M€.

Une première réunion, organisée par la CNAM, a eu lieu avec les syndicats polycatégoriels représentatifs. La Caisse a présenté le champ d'application du plan qui comprend la radiologie, l'échographie, la médecine nucléaire en incluant les forfaits techniques scanner, IRM et TEP. L'ensemble représente 5,8 Md€ de dépenses remboursées par l'Assurance maladie ([Graphique 1](#)).

Ces données montrent le développement de l'échographie. La Fédération a calculé le montant moyen des actes d'échographies selon la spécialité du médecin qui les réalisent. L'échographie des

Graphique 1

Champ de l'imagerie : 5,8 Md€ dont



cardiologues est facturée en moyenne 89 €. Les radiologues arrivent en dixième position avec une valeur moyenne de 33 €.

Ces résultats montrent que plusieurs spécialités devront contribuer aux économies.

La négociation va s'articuler en trois parties : bilatérales directes avec FNMR-Caisse, puis entre la Caisse et les syndicats représentatifs et enfin la signature du protocole fin juin entre la CNAM et les syndicats signataires de la convention. Dans le cas où il n'y aurait pas de signature, le Directeur général de la CNAM peut procéder unilatéralement à des baisses tarifaires.

Dans cette négociation, Le président de la FNMR, **Jean-Philippe Masson**, a réaffirmé la volonté de la Fédération d'un plan de pertinence, seule façon de réaliser des économies pérennes. Les propositions que la Fédération défendra sont celles qui mettent en œuvre les bonnes pratiques comme le recours au scanner pour le dépistage du cancer du poumon plutôt que la radiographie.

Nous savons cependant que la Caisse cherchera, comme à son habitude, une baisse des forfaits techniques. C'est l'orientation prise par la mission IGAS/IGF³ qui a consulté tous les acteurs de l'imagerie

¹ Caisse Nationale d'Assurance maladie.

² Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

³ Inspection Générale des Affaires Sociales. Inspection Générale des Finances.



et doit prochainement rendre son rapport. Le Gouvernement Barnier lui avait fixé comme objectif de trouver les moyens de « contourner la convention médicale pour procéder à des baisses tarifaires ». Lors des auditions, il est apparu clairement que le centre d'intérêt de la mission est effectivement la baisse des forfaits techniques.

Laurent Verzaux souligne que la gestion des structures radiologiques montre que les forfaits techniques ne sont pas des "sources de revenus". La preuve est que les cabinets de radiologie n'ont plus la capacité d'investir dans les appareils les plus performants ni de financer les nouvelles évolutions technologiques.

Éric Chavigny, Vice-Président, confirme que l'équilibre des bilans des équipements est de plus en plus difficile. L'instauration d'un "ticket modérateur" sur les forfaits techniques peut être une solution pour éviter leur baisse. Sinon, le risque est grand d'être obligé de réduire les plages horaires de rendez-vous ce qui limitera les charges.

Un administrateur fait observer qu'il est incohérent pour la Caisse d'appeler à la pertinence et dans le même temps de prévoir des baisses tarifaires qui sont démotivantes.

→ CCAM

La révision de la CCAM⁴ est toujours en cours. Les experts doivent encore hiérarchiser les actes. Ensuite, la CNAM, avec les représentants des syndicats, doit déterminer les taux de charges par spécialité. C'est un élément essentiel pour la radiologie qui, dès la mise en place de la CCAM, a été affecté d'un taux inférieur

à la réalité. La FNMR a interpellé les syndicats conventionnels sur ce sujet.

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Jean-Philippe Masson, Président de la Fédération, a rencontré le nouveau directeur général de l'INCa⁵ et le responsable du département prévention.

La FNMR a proposé la création d'une enveloppe prévention qui comprendrait les dépenses consacrées aux dépistages comme le sein et demain le poumon. Actuellement, elles sont comptabilisées dans l'enveloppe de radiologie et leur progression entraîne celle des dépenses en radiologie ce qui, pour la Caisse, justifie des baisses tarifaires.

En sortant la mammographie de dépistage organisé de l'enveloppe des soins, il serait possible de la revaloriser. Le DG de l'INCa, comme le DG de l'Assurance maladie, ne sont pas opposés à cette idée. Reste à voir ce qu'ils en feront.

Éric Chavigny rappelle que sur les 20 dernières années, l'inflation est de l'ordre de 27% alors que les actes de radiologie n'ont jamais été revalorisés sans parler de ceux dont les tarifs ont été baissés. De ce fait, le tarif de la mammographie de dépistage est ridicule ce qui conduit certains à arrêter cette activité.

Katia Giobbini approuve la proposition de revalorisation de la mammographie de dépistage. En effet, il va falloir financer l'Intelligence Artificielle et la tomosynthèse avec un tarif qui est déjà bas. L'éventuelle création d'une enveloppe de prévention ne doit pas intégrer les mammbiles qui ne respectent pas le cahier des charges.

Dominique Masseys, Trésorier national, informe le Conseil de la situation en Nouvelle-Aquitaine où le directeur de l'ARS⁶, en conflit avec le CRCDC⁷, veut confier le dépistage à un hôpital ou un centre anticancer qui n'ont pas la capacité à le gérer.

Philippe Arramon-Tucoc précise que l'ARS prend prétexte du coût important du CRCDC pour modifier toute son organisation avec la volonté de la déplacer dans un Centre Anti Cancéreux. Il déplore cette orientation contraire à l'esprit du dépistage et à son cahier des charges.

Le dépistage n'est pas du soin et doit rester dans une organisation extra hospitalière. Il est donc indispensable que les radiologues libéraux, avec l'URPS⁸, répondent à l'appel d'offre à venir.

La dématérialisation de la deuxième lecture, avec la mise en place des Drimbox et de l'IA, sera une source importante d'économies qui devront être utilisées pour la revalorisation indispensable de la mammographie.

⁴ Classification Commune des Actes Médicaux.

⁵ Institut National du Cancer.

⁶ Agence Régionale de Santé.

⁷ Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers.

⁸ Union Régionale des Professionnels de Santé.



→ Pour **Laurent Verzaux**, l'avenir des CRCDC est à durée déterminée. Il y a une volonté assez évidente de détricoter ce qui a été construit depuis 20 ans avec un programme de santé publique qui permet de suivre le parcours des femmes une fois qu'elles ont été dépistées.

Depuis la vaccination anti-Covid, la Caisse, forte du rapport de l'IGAS et de la reprise des invitations transforme à bas bruit un programme de santé publique en un programme d'invitation. Elle refuse de transmettre aux CRCDC les fichiers des femmes invitées. Dans ces conditions, les Centres Régionaux ne savent pas quelles femmes sont entrées dans le dépistage, quelles femmes ont eu une mammographie, quelles femmes sont classées à ACR3-4 ou 5 et comment faire pour les suivre.

Il faut sortir l'enveloppe dépistage de l'enveloppe de l'imagerie et la mettre dans une enveloppe prévention. Ce sera l'occasion de moderniser le système et le programme.

La deuxième lecture pose problème dans son organisation. La mise en place de la dématérialisation est difficile : « Nous rencontrons des difficultés avec les négatoscopes déroulants qui tombent en panne les uns après les autres ». La modernisation passe aussi par la revalorisation de l'acte et la mise en place d'un supplément qui permette de travailler comme il se doit en 2025 avec la tomosynthèse, l'intelligence artificielle et la dématérialisation.

→ AUTORISATIONS

Les ARS n'ont toujours pas reçu de lettre d'instruction sur les autorisations ce qui complique la situation tout particulièrement pour la radiologie interventionnelle (RI). Rappelons que pour les radiologues qui sont au niveau B – les A ne sont pas concernés – il est souhaitable de demander sa validation auprès du G4⁹. Ceux qui veulent aller plus loin peuvent aussi demander à présenter un dossier devant le CNOM¹⁰

pour avoir une qualification supplémentaire en radiologie interventionnelle.

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU POUMON

Laurent Petyt présente le dossier du dépistage du cancer du poumon qui prend enfin forme. L'INCa a validé le projet Impulsion. C'est une étude en RIPH (Recherche Intéressant la Personne Humaine). Le financement, à l'origine de 3 ans, passe à 2 ans. Cinq régions sont choisies pour débiter, dès septembre 2025 : Île de France, Aquitaine, Pays de Loire, Hauts-de-France et PACA. La deuxième séquence débutera en janvier 2026. Dans chaque région, deux personnes sont nommées, un PU-PH et un libéral.

Le projet concernera 20 000 personnes sur toute la France, soit un nombre faible par région, par exemple 1 826 dans les Hauts-de-France ce qui implique de limiter le nombre de centres à inclure dans le programme. Pour participer, il faut avoir déjà validé la formation SFR-FORCOMED. Une fois choisi, le radiologue doit remplir un CV et passer un petit examen le BPC (Bonne Pratique Clinique) sur Internet. L'INCa s'occupera de tout ce qui est national (Organisation globale, communication nationale, etc.) et financera la consultation de tabacologie. L'Assurance maladie finance le forfait technique plein sur toute l'année – en principe hors décompte des forfaits techniques pleins – et l'acte de scanner. L'ARS finance l'organisation : les invitations en local, l'inclusion, le suivi, la gestion des positifs ainsi que le contenu des études avec les résultats du dépistage mais aussi du score calcique ce qui pose un problème. En effet, les logiciels sont faits pour une acquisition à 120 kilos volts. Or, le dépistage se fait avec de la basse dose à 80 kilos volts et, dans ce cas, le calcul du score calcique ne peut pas se faire car les logiciels ne fonctionnent pas. En tout cas, ils ne sont pas agréés

⁹ Conseil professionnel de la radiologie.

¹⁰ Conseil National de l'Ordre des Médecins.

pour cela. Il semblerait que le score calcique sera bien indiqué ainsi qu'un score visuel de 0 à 4, sachant qu'à 4 tout est calcifié.

Laurent Verzaux salue le travail réalisé par **Laurent Petyt** et **Marie Pierre Revel** pour Impulsion alors que l'INCa s'efforçait de contourner les radiologues et les CRCDC au profit des pneumologues.

Pour la suite, le risque est de voir du dépistage individuel (DI) se développer face aux demandes des patients qui solliciteront leur médecin traitant qui, eux-mêmes, demanderont des scanners thoraciques. La réalisation d'examens en DI doit se faire dans les mêmes conditions de qualité que le DO. Cela implique que dans chaque structure il y ait des radiologues ayant suivi la formation SFR-Forcomed. Les secrétaires doivent orienter les demandes DO ou DI vers ces radiologues. Il faut également pouvoir orienter les patients vers une aide au sevrage.

DÉPISTAGE DU POUMON

La réalisation d'examens en DI doit se faire dans les mêmes conditions de qualité que le DO.

III IMAGINE 2025

Imagine 2025, le 20 juin prochain à Paris, est le congrès professionnel de la radiologie. Il est ouvert à tous, radiologues mais aussi médecins d'autres spécialités, associations de patients, industriels, politiques...

Un site dédié est ouvert, présentant le programme, sur lequel il est possible de s'inscrire gratuitement. Le programme repose sur la brochure éditée¹¹ par la Fédération "L'imagerie médicale : un atout pour la santé, un atout pour l'économie" qui décline la spirale vertueuse de la radiologie. Quatre sessions se succéderont avec des interventions courtes de 10' conclues par des tables rondes. La journée comprendra aussi un symposium éco-responsabilité animé par un partenaire industriel. Des ateliers seront tenus par des partenaires.

Parallèlement, se tiendront deux formations au dépistage du cancer du poumon¹² et une formation L'installation en libéral.

IV TÉLÉRADIOLOGIE

Jean-Christophe Delesalle, Secrétaire général, présente l'évolution de la charte de téléradiologie qui en est à sa 4^e version, validée par l'ensemble du Conseil national professionnel de la radiologie (G4) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le CNOM ayant émis quelques remarques, une annexe en cours de finalisation est consacrée à la rémunération du téléradiologue, validée seulement par le CNP. A la demande du CNOM, les "sociétés de téléradiologie

commerciale" sont renommées "plateformes de téléradiologie". La territorialité est mieux définie en évoquant la déclinaison de subsidiarité entre la ville, le département et la région, avant de faire appel à des téléinterprétations distantes. Hors permanence des soins, il faut systématiquement un radiologue sur place pour pallier tout défaut technique de fonctionnement du système de téléradiologie, afin qu'un radiologue puisse prendre en charge sur place le patient en cas de dysfonctionnement.

Le taux d'activité de téléradiologie est celui de la convention médicale qui prévoit que les actes de télémedecine ne peuvent excéder 20 % de l'activité globale d'un praticien.

Les éléments statistiques des plateformes en termes de territorialité, villes, départements, régions doivent être transmis aux instances régionales, à savoir le G4 régional et l'ARS. Les comptes rendus faits par téléradiologie doivent le préciser "Es qualité".

Les examens de dépistage qui nécessitent un examen clinique, dont la mammographie, ne peuvent pas être réalisés en téléradiologie.

Un chapitre sur la cybersécurité a été ajouté pour répondre aux nombreuses attaques contre des sites aussi bien publics que privés.

Enfin, il faut rappeler que la FNMR, comme le G4, demandent que la charte soit légalement opposable mais ce n'est toujours pas le cas.

V FORCOMED



FORCOMED
ACADÉMIE

2025 LE RDV DE LA FORMATION

Jean-Charles Leclerc, Président de Forcomed, annonce les nouveautés de Forcomed. Une formation sur la neuro radio arrive en e-learning. Il y aura aussi des cycles de formation en e-learning sur l'anatomie pour les manipulateurs.

La grande nouveauté est le lancement de Forcomed Académie, le 12 septembre prochain. Il s'agit d'une journée complète de formation à la carte avec des sessions sur le dépistage du poumon, sur l'IA et sur la sénologie. Le programme comprend aussi des ateliers de perfectionnement sur l'image subtile, sur la tomosynthèse, la prostate, la thyroïde, la neuro-radio, l'endométrieose, le management, etc. Des formations validantes sont prévues ainsi que des ateliers en petits groupes avec des partages d'expériences. Des industriels participent également à la journée.

¹¹ Dernière édition juin 2023.

¹² Les 2 formations sont complètes.

→ VI QUALITÉ – AUDITS PAR LES PAIRS

Jean-Charles Leclerc informe le Conseil de l'évolution de l'audit par les pairs issu d'une directive Euratom. La phase pilote a démarré en 2024 avec un financement du ministère de la Santé et se poursuit en 2025 avant une généralisation du dispositif. Les radiologues sont invités à y participer. L'audit est gratuit. Il est mené par un radiologue et un manipulateur sur une journée. A son issue, le cabinet reçoit un rapport qui permet de se situer au regard des obligations réglementaires. Il n'y a aucune sanction. Le cabinet décide seul de l'utilisation du rapport. L'audit est valable pour 5 ans.

VII QUESTIONS DIVERSES

→ OPTAM

Les CPAM ont averti les médecins que les taux de dépassement dans les régions où ils sont faibles devraient faire l'objet de réévaluation¹³. Les Délégués de l'Assurance Maladie devraient présenter ces taux d'ici le mois d'avril.

→ RSNA, LA FRANCE À L'HONNEUR



Cette année, le RSNA met la France à l'honneur. A cette occasion, la FNMR organisera une journée spéciale à Chicago.

Matinée : visite VIP des stands les plus importants

Après-midi : visite du service radio d'un grand hôpital de Chicago

Soirée : pour les membres de la FNMR

→ PRIVALENCE

Le catalogue de PRIVALENCE comprend 30 000 références. Plus de 200 radiologues ont déjà adhéré à la centrale de référencement. La plupart des laboratoires de produits de contraste sont

référéncés. Des génériques du gadolinium sont disponibles et des génériques pour l'iode seront proposés fin juin, début juillet.

→ PPL GAROT

La Proposition de loi (PPL) Garot est dite transpartisane dans la mesure où elle est signée par des députés venant de différents groupes politiques. Elle viserait à apporter des réponses aux déserts médicaux mais avec des velléités de restriction à l'installation des médecins. Étant donné la configuration de l'Assemblée nationale, il est impossible de dire ce qu'il en sortira.

La FNMR a proposé un amendement dotant les Plateaux d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité (PIMAP) d'un statut. Il a été rejeté en commission mais il a été modifié pour être présenté à nouveau en séance publique.

Pour conclure ce Conseil d'administration, le président convie tous les radiologues pour Imagine 2025, le 20 juin, la veille de l'Assemblée générale de la Fédération. ●

¹³ Depuis ce Conseil d'administration, les CPAM ont commencé à envoyer des avenants aux contrats OPTAM conformément à la convention médicale 2024-2029. Les contrats seront à nouveau revus lors de la mise en œuvre de la révision de la CCAM et/ou à l'aboutissement des travaux du groupe CNAM/syndicats sur la réforme de l'OPTAM.



2025 ■ LA RADIOLOGIE AU CŒUR DE LA SANTÉ

VENDREDI 20 JUIN 2025 – PARIS

IMAGINE 2025 EST LE PREMIER CONGRÈS PROFESSIONNEL ORGANISÉ PAR LA FNMR

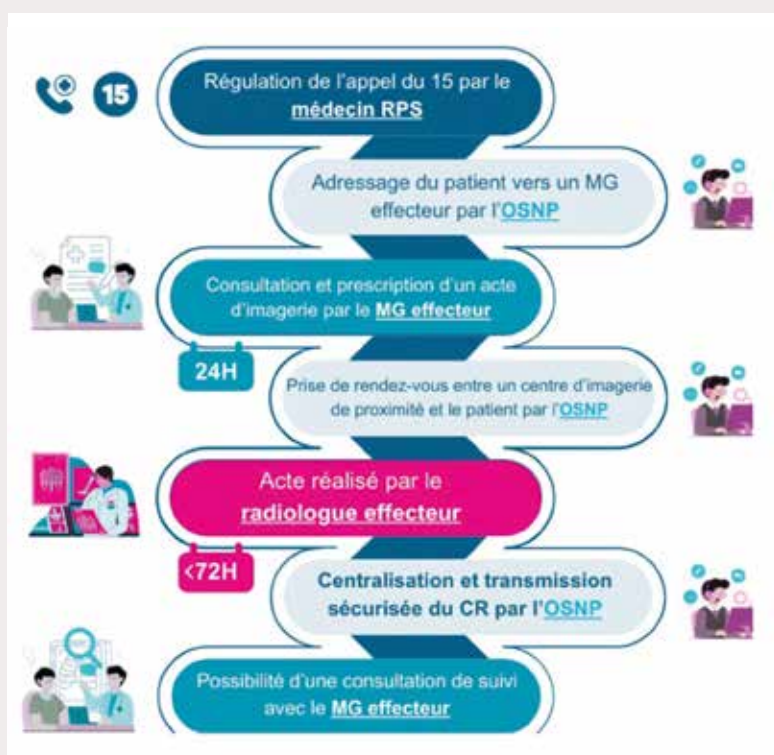
Le rôle central de la radiologie dans le parcours de santé
et son aspect structurant seront débattus par les intervenants médecins
radiologues et d'autres spécialités, industriels, économistes, politiques,
patients, journalistes. Cette première édition offrira **un panorama général**
de la place de la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

L'expérimentation d'un SAS imagerie dans les Yvelines

Lors du Conseil d'administration du 29 mars dernier, Alexandre Sobokta, Président du syndicat des radiologues des Yvelines, a présenté l'expérimentation du Service d'Accès aux Soins (SAS) imagerie dans son département.



La loi prévoit la création d'un SAS dans chaque département, dans le cadre de la permanence des soins. Après le SAS de médecine générale, c'est le SAS de spécialité qui va se développer.

Le fonctionnement du SAS est "simple". Le patient appelle le 15. Un opérateur de soins non programmés lui répond et décide s'il s'agit d'une urgence vitale. Dans le cas, par exemple, d'une embolie pulmonaire, c'est le médecin régulateur qui prend le relais. Si ce n'est pas une urgence vitale, adossée au centre 15, c'est le SAS qui prend la main.

La gouvernance est variable selon les départements. Dans les Yvelines, c'est une co-gouvernance entre le centre hospitalier de Versailles et l'APTA¹. Si l'opérateur de soins non programmés considère que ce n'est pas une urgence vitale, il donne son accord pour que l'appel passe à la régulation libérale. La régulation libérale donne des conseils, etc. Et surtout, elle a accès aux agendas des généralistes qui sont effecteurs du SAS.

Il est alors possible de donner un rendez-vous au patient avec un médecin généraliste, dans les 24 à 48 heures. Ensuite, le patient pourra reprendre son parcours de soins.

Le SAS se décline aussi par spécialité : SAS gynécologie, dentaire, imagerie. La participation au SAS imagerie valorise notre participation à l'urgence, ce que font tous les radiologues. C'est un argument pour les dossiers de demande de matériels lourds. Le SAS peut être important aussi pour ceux qui ne sont pas adossés à une clinique, comme les PIMAP².

Dans un premier temps, l'ARS³ et la CPAM⁴ ont accueilli favorablement notre proposition de participation. Mais la rémunération pouvait poser problème puisque les généralistes percevaient 30 € par patient. Les radiologues ont accepté cette rémunération mais finalement l'ARS a indiqué ne pas vouloir rémunérer les radiologues.

Après débat au sein du syndicat des radiologues des Yvelines, il a été décidé de participer à une expérimentation pour une durée de 6 mois. Elle a commencé il y a 1 mois.

Concernant le fonctionnement, le SAS paye ses employés. Il est lui-même payé par l'ARS. Les opérateurs ont accès aux agendas des cabinets qui laissent des plages vacantes en doppler (pour les phlébites), en radiologie (pour la traumatologie) et en scanner. Dans un premier temps, l'IRM est exclue car il est difficile d'évaluer l'afflux de patients potentiel. Nous avons communiqué auprès des médecins du SAS.

Actuellement, 4 centres participent à ce SAS imagerie. Quel est le résultat ? Nous avons eu plusieurs appels du SAMU pour de l'IRM. C'était hors SAS, donc ils n'avaient pas accès à nos agendas d'IRM mais plusieurs patients ont néanmoins été pris en urgence. Actuellement, nous

¹ Association Plateforme Territoriale d'Appui – Association organisée par les médecins libéraux des Yvelines.

² Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité.

³ Agence Régionale de Santé

⁴ Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Aujourd'hui, la nouvelle convention prévoit 15 € et 1 400 € de forfait structure.

LE FONCTIONNEMENT DU SAS EST "SIMPLE". LE PATIENT APPELLE LE 15. UN OPÉRATEUR DE SOINS NON PROGRAMMÉS LUI RÉPOND ET DÉCIDE S'IL S'AGIT D'UNE URGENCE VITALE

sommes sur un faible volume de patients mais ce n'est que le début de l'expérimentation. Nous devons mieux nous faire connaître. Mais le principal problème semble être la réaction de la régulation qui, face à un besoin d'imagerie, envoie automatiquement les patients aux urgences. Il faut donc informer et former la régulation en amont de la régulation libérale.

En revanche, pour les patients pris en charge, les retours sont positifs. Il est à noter que la CPTS⁵ nous demande de prendre en charge tous les patients selon ce mode d'organisation. C'est oublier le principe même de régulation du SAS sans parler des questions de facturation puisque dans le cadre du SAS, les actes sont facturés en secteur 1.

En conclusion, une des difficultés reste l'absence de financement de la part des tutelles. Néanmoins, l'expérimentation est positive et sera vraisemblablement prolongée avec de nouveaux cabinets. Il faudra ensuite développer le SAS imagerie en région.

Jean-Charles Leclerc rappelle que la mission des CPTS est de faire du soin non programmé, et le SAS aussi. Il y a une double couche quelques fois difficile à gérer. Pour les SAS, il peut être envisagé un financement par les Équipe de Soins Spécialisés (ESS).

François Chavatte, évoque la situation en Normandie où les radiologues ont déposé une lettre d'intention avec une ESS d'imagerie regroupant les deux-tiers des radiologues de la région. Le projet se fera en accord avec les CPAM de la Seine-Maritime et du Calvados. L'ARS est susceptible de financer l'ESS qui a 3 buts :

- Obtenir rapidement, les examens demandés en urgence ou semi urgence ;
- Répondre aux demandes d'expertises ;
- Former les correspondants à la pertinence.

Éric Chavigny, Vice-Président, n'est pas surpris que le SAS oriente les patients vers les urgences. C'est la même chose avec le 15. Les patients sont orientés vers l'hôpital plutôt que vers les cliniques. En fait, plus on rajoute de couches, plus cela nous éloigne du patient. Dans le modèle PIMAP⁶, c'est le circuit court, c'est directement de médecin à médecin, sans passer par tous ces acronymes : ESS, SAS, etc. Pourquoi ? Parce qu'en fait, ces structures sont une perte de liberté pour les médecins.



Le PIMAP de Mimizan travaille directement avec les médecins. Il peut être joint directement en cas d'urgence ou pour des soins non programmés. Dans ce modèle, personne ne perçoit les 15 € mais les médecins, dont les radiologues, sont gagnants au niveau fonctionnel. ●

⁵ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

⁶ Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité.

Diagnostic des AVC en scanner et IRM



Dr Blanche BAPST,
Neuroradiologue



**Dr Ruxandra
STANESCU-COSSON,**
Neuroradiologue

La prise en charge rapide et précise des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des accidents ischémiques transitoires (AIT) représente un enjeu de santé publique majeur. Face à ces pathologies, le rôle du radiologue est central : c'est par son expertise en imagerie que se fondent les décisions thérapeutiques, souvent dans des délais critiques. Cette formation a été spécialement conçue pour permettre aux radiologues, dans le cadre de leur formation continue, de renforcer leurs compétences dans l'exploration en imagerie des AVC et AIT.

À l'issue de la formation, les participants seront capables de :

- **Maîtriser les protocoles d'exploration**, en adaptant les séquences d'imagerie (scanner, IRM) aux différentes situations cliniques, en gérant efficacement les pièges et artefacts, et en respectant les délais imposés par l'urgence neurologique.
- **Reconnaître l'anatomie vasculaire des territoires artériels**, essentielle pour localiser précisément les lésions et orienter le bilan étiologique.
- **Identifier les images pathologiques caractéristiques** des AVC et AIT ainsi que les principaux diagnostics différentiels (les stroke mimics), pour affiner l'analyse et éviter les erreurs diagnostiques.

- **Comprendre les attentes des correspondants cliniques**, en produisant des comptes rendus clairs, concis et orientés vers l'aide à la décision thérapeutique rapide.

La pertinence de cette formation pour les radiologues en exercice réside dans sa capacité à allier actualisation des connaissances théoriques et approche pratique des situations d'urgence. Dans un contexte où les filières neurovasculaires sont de plus en plus exigeantes, disposer d'une expertise solide sur l'imagerie des AVC et AIT est indispensable pour garantir une prise en charge optimale des patients et maintenir une collaboration efficace avec les équipes cliniques.

Grâce à cette formation, les radiologues consolident non seulement leur savoir-faire en imagerie d'urgence, mais participent également à l'amélioration globale du parcours de soins neurovasculaire, contribuant ainsi à réduire les délais de traitement et à améliorer le pronostic fonctionnel des patients. ●

CETTE FORMATION A ÉTÉ
SPÉCIALEMENT CONÇUE POUR
PERMETTRE AUX RADIOLOGUES, DANS
LE CADRE DE LEUR FORMATION
CONTINUE, DE RENFORCER LEURS
COMPÉTENCES DANS L'EXPLORATION
EN IMAGERIE DES AVC ET AIT.
UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE MAJEUR

Formation de la personne compétente en radioprotection



RADIOLOGUE, MANIPULATEUR,
DOSIMÉTRISTE,
PHYSICIEN MÉDICAL



ENSEIGNEMENT EN PRÉSENTIEL



INITIALE : 8 JOURS
RENOUVELLEMENT : 3 JOURS



INITIALE : 3 200 €
(adhérent FNMR : 2 790 €)
RENOUVELLEMENT : 1 500 €
(adhérent FNMR : 1 250 €)

Bénéficiez d'une prise en charge OPCO
pour les salariés en secteur libéral. Nous
sommes là pour vous guider !

Rdv sur www.forcomed.org/contact
ou par téléphone au 01 53 59 34 02.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Maîtriser les principales missions de la PCR
- Mettre en œuvre l'évaluation des risques et l'étude de poste des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants
- Identifier et gérer les situations radiologiques dégradées ou accidentelles
- Actualiser les connaissances du domaine de la radioprotection

DÉROULÉ DE LA FORMATION

Cette formation est adaptée à la nature et à l'ampleur du risque radiologique et aux conditions d'exécution de l'activité. Les moyens pédagogiques répondent aux exigences du Comité Français de Certification en Radioprotection (CEFRI).

La formation est réalisée en établissement avec accès aux salles de radiologie, de mammographie, de scanner... Des simulateurs de sources et de générateurs à rayons X sont par ailleurs mis à la disposition des apprenants.

L'enseignement dispensé doit permettre au candidat de connaître et d'être apte à expliquer et mettre en œuvre les principes de radioprotection adaptés aux activités nucléaires pour lesquelles il assure ses missions et d'appliquer les dispositions prévues par la réglementation. A l'issue de sa formation, le candidat doit être en mesure d'identifier et de comprendre le risque, d'en mesurer les conséquences et de savoir le maîtriser. Un certificat de formation de Personne Compétente en Radioprotection d'une validité de cinq ans est délivré par l'organisme de formation FORCOMED aux candidats ayant satisfait au contrôle des connaissances.

FORMATEURS :

M. Thomas LEMOINE,
M. Sébastien BALDUYCK
Ingénieurs en radioprotection

N°11051

38 – entre Grenoble et Chambéry

Activité sur 4 sites – Groupe totalement indépendant 12 radiologues. Recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s. Activité IRM, scanner, séno, radio, interventionnel ostéo-articulaire, dentaire, écho, imagerie digestive, neuroradio, radio-pédiatrie. Aucune garde ni astreinte.

👤 Dr Marie DELGRANGE-GARELLI

📞 06 45 71 48 36

✉ mgarelli@radiologie-gresivaudan.fr

👤 Mme Fatma ABIDI

📞 06 50 57 08 74

✉ f.abidi@radiologie-gresivaudan.fr

🌐 www.radiologie-gresivaudan.fr

N°11050

11 – CARCASSONNE

Tivoli Dôme Imagerie - 12 radiologues. Recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s. Multisites dont 3 scanners et 3 IRM (GIE avec CHG). Activité polyvalente dont mammographie (mammothome) et radiologie interventionnelle avec table arceau en clinique MCO 250 lits.

👤 Dr Chadi SABRA

📞 04 68 25 58 90

✉ sabrachadi@yahoo.fr

Directrice administrative

👤 Mme FOULQUIER

✉ f.foulquier@radiologie-tdi.fr

🌐 www.radiologie-tdi.fr

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-image-rie-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 coroscaner 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

✉ ldriere@rx-infomed.com

N°11042

30 – NIMES

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

👤 Dr Pierre DE BRUNANCHON

📞 04 66 28 82 55

✉ brunanchon@radiatorougetdelisle.net

N°11041

30 – NIMES

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

👤 Dr Pierre DE BRUNANCHON

📞 04 66 28 82 55

✉ brunanchon@radiatorougetdelisle.net

N°11040

35 – RENNES

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

👤 Dr Alain SEE – 📞 06 09 40 91 28

✉ alainsee35@gmail.com

N°11039

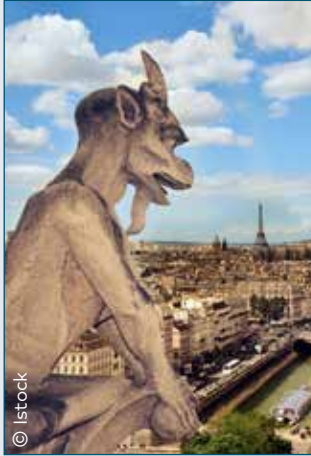
24 - PERIGUEUX

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, ➔

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



NOTRE-DAME DE PARIS

1163 : Début de la construction de la cathédrale Notre-Dame de Paris

1845 : Début de la restauration sous la direction d'Eugène Viollet-Le-Duc

2019 : L'incendie de la cathédrale menace l'édifice

2024 : Réouverture officielle

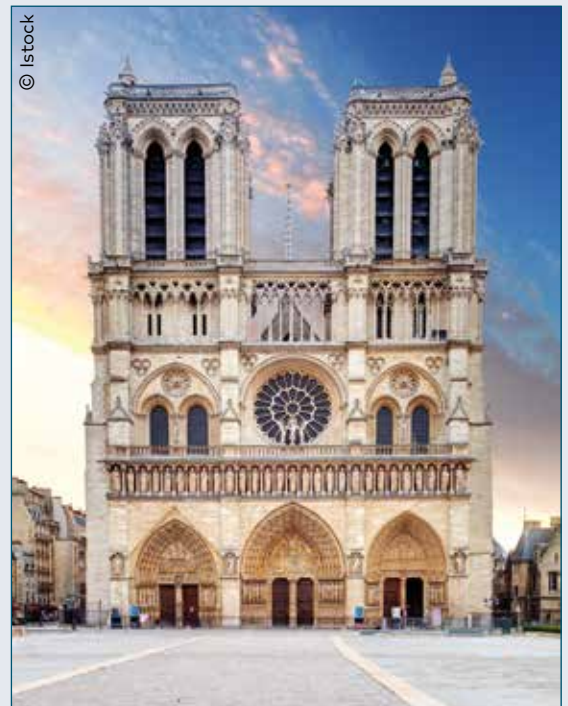


Découvrir Notre-Dame, c'est découvrir son histoire, son architecture, ses vitraux, ses sculptures, ses peintures, son trésor. Notre-Dame est une des plus anciennes cathédrales gothiques au monde.

Des événements majeurs s'y sont déroulés : Henri VI d'Angleterre est couronné roi de France en 1431 ! Napoléon est sacré empereur en 1804. C'est Victor Hugo qui l'a fait "ressusciter" au travers de « Notre Dame de Paris » et de ses personnages iconiques que sont Esmeralda, Quasimodo (1831)... repris dans la comédie musicale du même nom.

Entrée libre et gratuite
Il est prudent de réserver

Lundi à vendredi
7h50 – 19h
jusqu'à 22h le jeudi
Samedi et dimanche
8h15 – 19h30
www.notredamedeparis.fr



UNE VISITE, AVEC CASQUE DE RÉALITÉ VIRTUELLE,
45 minutes au cœur de Notre-Dame pour la découvrir du XIII^e au XXI^e siècle.
Tarif : 20,99 € ou 30,99 €
<https://eternellenotredame.placeminute.com>

Sous le parvis de Notre-Dame
Du lundi au dimanche
Face au 6, rue de la Cité Paris
10h-20h

Petites annonces

→ 1 TEP scan, 2 gamma camera. Création centre scanner IRM en 2025 à Ribérac avec 3^e 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 vacations écho, scanner, IRM, mammo. Possibilité d'association. Vacances pour décembre et autres dates au centre Crimée.

👤 Dr Julien LAMBRON - ☎
01 44 52 01 00
✉ remplamanincrimée@gmail.com

N°11036

92 - PLESSIS-ROBINSON

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

avec tomosynthèse et IA. Possibilité pérennisation avec divers modes d'exercice.

👤 Dr Nicolas CARPENTIER
☎ 06 59 93 82 97
✉ dr.carpentier@cipr92.com

N°11035

73 - ALBERTVILLE

Cabinet 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@imaneos.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 Newton 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
🌐 <https://imagerie78.com>

LABELIX : Un levier clé pour une organisation optimale en radiologie

Dans un secteur en constante évolution, la mise en place d'une démarche qualité est essentielle pour garantir une organisation optimale au sein des centres de radiologie. Le label Labelix, bien que volontaire, joue un rôle clé dans cette dynamique en structurant les pratiques et en favorisant la conformité aux exigences réglementaires.

Lors de nos accompagnements, nous constatons que de nombreux centres découvrent, à travers Labelix, des obligations réglementaires qu'ils méconnaissaient. Pourtant, ces obligations ne relèvent pas uniquement de ce label, mais pourraient être contrôlées par d'autres instances avec un risque de sanctions financières ou administratives. Labelix permet ainsi d'anticiper ces exigences, d'éviter des sanctions et de structurer une

LABELIX

démarche qualité efficace, bénéfique aussi bien pour les patients que pour les professionnels.

S'engager dans Labelix, c'est donc bien plus qu'une reconnaissance : c'est un gage de maîtrise, de conformité et d'amélioration continue pour une radiologie performante et sécurisée. ●

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

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.

👤 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 SABBAAH
✉ 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. Équip 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
🌐 https://imagerielescedres.fr

N°11008

75 – PARIS 18°

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
📞 05 96 70 19 19
✉ poline.lavaud@radiosaintpaul.fr
🌐 www.radiologie-saint-paul.fr



Vie syndicale

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● CÔTE-D'OR ET YONNE

→ Élection du bureau le 27 mars 2025

Président : Dr Sylvain FAVELIER — Dijon

Secrétaire : Dr Violaine CHERBLANC — Beaune

● DEUX-SÈVRES

→ Élections du bureau le 23 avril 2025 :

Président : Dr Jean-Yves AIRAUD — Niort

Secrétaire : Dr Clément WATTEL — Niort

Trésorier : Dr Matthieu GUYOT — Niort



FORCOMED
ACADEMIE

2025  LE RDV DE LA FORMATION



RENDEZ-VOUS LE VENDREDI 12 SEPTEMBRE

Novotel Paris Centre Tour Eiffel

UNE JOURNÉE "À LA CARTE" POUR ENRICHIR VOTRE PRATIQUE



Formez-vous au dépistage du cancer du poumon et complétez votre journée avec des workshops (Sénologie, AVC, PIRADS, TIRADS, ...).



COMMENCEZ PAR UNE FORMATION CIBLÉE :

Dépistage du cancer du poumon – 4h
(SFR- FORCOMED)



POURSUIVEZ AVEC DES WORKSHOPS COMPLÉMENTAIRES PARMI 22 OPTIONS, EXEMPLES :

- Images subtiles en sénologie – 2h
- Sein traité : lecture et pièges – 1h
- Bénéfice de l'IA dans la détection K sein – 2h
- PIRADS, TIRADS, AVC, CCAM... – 1h chacun



COMPOSEZ LIBREMENT VOTRE PARCOURS SELON VOS BESOINS ET VOTRE RYTHME.



Visitez le site ou scannez le QR Code pour accéder au programme complet et vous inscrire.
www.forcomed-academie.org

Partenaires : AMEX – A2D AVOCATS – BRANCHET – CEPPIM – GE HEALTHCARE – HERA-MI
LABELIX – MACSF – PRIMAX

Merci à Philips, Enovacom, Osirix/Opale et Incepto pour leur appui technique et la mise à disposition de matériel.