

# RAPPORT IGAS-IGF

## « PERTINENCE ET EFFICIENCE DES DÉPENSES DE RADIOLOGIE »

# 50 NUANCES DE CONTRE-VÉRITÉS





# RAPPORT IGAS-IGF

## « PERTINENCE ET EFFICIENCE DES DÉPENSES DE RADIOLOGIE »

# 50 NUANCES DE CONTRE-VÉRITÉS

Les inspections des Affaires Sociales (IGAS) et des Finances (IGF) ont publié, en mai 2025, un rapport commun (IGAS/IGF<sup>1</sup>) qui n'a été rendu public qu'en juillet et qui a, entre temps, servi de modèle au rapport de la CNAM<sup>2</sup>, dit rapport "Charges et Produits", destiné à présenter les propositions de la caisse au gouvernement et au Parlement.

Ces deux rapports constituent **une attaque sans précédent, en règle de la radiologie en général et de la radiologie libérale en particulier.**

La FNMR a publié dans le numéro de septembre 2025 de la revue du *Médecin Radiologue* sa réponse au rapport de la CNAM.

Les propositions faites, tant dans le rapport IGAS/IGF, sans expert médical, que dans celui de la CNAM, sont indépendantes du plan imagerie qui était en discussion avec les syndicats représentatifs pour un montant de 300 M € d'économies. Là aussi, la FNMR a fait connaître son opposition à ce plan. Il fait porter l'essentiel de la charge des 300 M € aux seuls radiologues. Il privilégie les baisses tarifaires dont majoritairement les forfaits techniques. Il ignore la pertinence qui seule permet à chaque patient de bénéficier du meilleur examen comme il a été encore rappelé lors du 1er congrès de la FNMR Imagine 2025 et est la seule solution pour réaliser des économies pérennes.

Le rapport IGAS/IGF propose un ensemble de mesures qui ont pour objectif de faire sortir la radiologie de la convention médicale et de permettre à l'Assurance maladie de décider seule des tarifs de radiologie, à tout moment.

Si la radiologie est prise pour cible, les médecins radiologues sont aussi accusés de constituer des rentes. Pour justifier ses conclusions, l'IGAS/IGF ignore tout de la réalité médicale et de la spécialité. Il ignore la réalité de la pratique radiologique tant libérale qu'hospitalière. Il ne prend pas en compte la démographie des radiologues et des manipulateurs ni le vieillissement de la population. Il ignore les coûts réels en raisonnant sur des échantillons dont personne ne sait comment ils ont été constitués. Il confond honoraires et revenus, actes et forfaits techniques. Il fait l'impasse sur l'importance du point de vue médical des innovations en radiologie.

Au final, ce rapport présente de nombreuses approximations, des affirmations non vérifiées, voire des contre-vérités. Nous en publions, ici, 50. Le comble, les rapporteurs considèrent que la radiologie ne constitue pas une activité de soins (p. 30) !

<sup>1</sup> IGAS/IGF - Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie – mai 2025, publié en juillet 2025

<sup>2</sup> Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Proposition de l'Assurance Maladie pour 2026 - Juillet 2025

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
1	L'activité de radiologie a augmenté fortement sous l'effet du déploiement des équipements matériels lourds (Synthèse).	<b>NON, ELLE AUGMENTE EN RAISON DES BESOINS DES PATIENTS</b> (vieillessement de la population, nouveaux protocoles pour dépistages, bilans d'extension, surveillance, traitements radiologie interventionnelle. Les scanners et les IRM répondent à des recommandations scientifiques (détection de cancers, diagnostic pour une meilleure appréciation des pathologies, surveillance pour adaptation des traitements en cas d'inefficacité – Évitent des coûts et des effets secondaires. L'activité augmente aussi en raison d'autorisations accordées pour rattraper le retard de la France dans ce domaine.
2	Il n'existe pas d'indicateur permettant d'estimer les files d'attente pour avoir un rendez-vous de radiologie (Synthèse).	<b>PARTIELLEMENT VRAI.</b> L'INCa avait procédé à une étude en 2018 qu'elle n'a pas renouvelée sans doute en raison des mauvais résultats avec des délais de 9 jours (urgence) à 149 jours (suivi cancer) en IRM. Mais des informations sur les délais sont quelques fois disponibles dans les documents publiés par les ARS. Les délais de RDV restent longs.
3	Les dispositifs de coopération, tels que les plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM) permettant une mutualisation des ressources et compétences (Synthèse).	<b>NON, ILS MUTUALISENT SEULEMENT LES MOYENS PUBLICS</b> détournant ce type de structure qui était initialement destinée à mutualiser l'ensemble des moyens publics et libéraux.
4	[Depuis 2029] La croissance des dépenses d'imagerie en coupe a été particulièrement forte, portée par la multiplication des EML et la hausse des forfaits techniques. (p. 2).	<b>NON, LA CROISSANCE EST DUE AUX BESOINS MÉDICAUX QUI AUGMENTENT (VOIR 1)</b> Non, les FT n'ont pas augmenté. Ils ont au contraire baissé à plusieurs reprises. Lors de la réforme des produits de contraste, une réévaluation limitée à 80M € des FT a eu lieu mais sans compenser l'intégration du coût des produits de contraste dans les FT pour un montant de 200 M € désormais à la charge des propriétaires de structures scanner ou IRM.
5	En ville, le bilan des actions de pertinence menées par l'assurance maladie visant à une maîtrise des dépenses d'imagerie médicale en montrant les limites (p. 2).	Un plan de pertinence a été signé avec la CNAM en 2018. Il a donné des résultats positifs sur les premiers mois de 2019 puis est intervenu le Covid. Depuis, en dépit des relances de la FNMR, <b>LA CNAM S'EST REFUSÉE À METTRE EN ŒUVRE UN PLAN DE PERTINENCE SUR LA DURÉE.</b>
6	Du fait de tarifs élevés des actes et d'un financement particulièrement généreux des EML, les radiologues ont des rémunérations très élevées et les sociétés d'imagerie ont une rentabilité forte (p. 2).	<b>NON SEULEMENT LES TARIFS N'ONT PAS ÉTÉ RÉÉVALUÉS DEPUIS 2005</b> malgré l'inflation mais ils ont, au contraire, été baissés à plusieurs reprises. La valeur des tarifs a été défini par des experts et par la CNAM en 2005. Depuis 2007, la FNMR n'a cessé de demander une révision du taux de charges (qui déterminent les tarifs) inscrite dans un avenant de la convention médicale de 2005 (Avenant 23 de 2007, art 3). La CNAM ne l'a pas mise en œuvre. Les FT rémunèrent l'amortissement (ensemble des charges sauf les honoraires des médecins) des équipements. Ils sont versés aux propriétaires des équipements dont les cliniques et les hôpitaux qui détiennent plus de 50 % du parc. Près d'une centaine (93) d'actes ont une valeur inférieure à 30 € soit inférieure à la consultation d'un généraliste.
7	Les forfaits techniques surrémunèrent l'investissement et conduisent à une gestion inflationniste des équipements. La mission souligne que l'administration ne dispose pas d'une analyse de la rentabilité des EML (p. 2).	<b>LA CNAM CONSIDÈRE QUE LE COUT DES SCANNERS ET DES IRM A BAISSÉ DEPUIS DES ANNÉES. C'EST FAUX.</b> Le FT rémunère l'amortissement (ensemble des charges sauf les honoraires des médecins) des équipements dont le coût d'acquisition est de l'ordre de 10 à 15 %. Le reste des charges est constitué d'éléments qui ont tous très fortement augmenté depuis 2005 (maintenance, foncier, salaires, énergie, fluides, etc.).

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
8	Les radiologues libéraux ont une rémunération presque double de celle de la moyenne médecins libéraux et plus élevée de 38 % par rapport à la moyenne des spécialistes (cf. graphique 1) (p. 3).	<b>LE GRAPHIQUE COMPREND TOUS LES MÉDECINS AYANT PERÇU AU MOINS 1 € DANS L'ANNÉE.</b> Il comprend notamment les hospitaliers qui perçoivent des revenus libéraux mais ne payent pas ou quasiment pas de charge. La caisse de retraite des médecins (CARMF) publie les revenus des médecins libéraux chaque sur la base du double de leur déclaration fiscale. Elle classe les radiologues au 11 <sup>e</sup> rang.
9	Le niveau de rentabilité du secteur de la radiologie apparaît lui aussi anormalement élevé, (p. 3).	<b>CETTE AFFIRMATION REPOSE SUR UN ÉCHANTILLON DONT PERSONNE NE CONNAIT LA COMPOSITION.</b> Rappelons que la DREES avait missionné KPMG pour faire une étude sur les charges en radiologie et que KPMG n'a pas réussi à réaliser son étude.
10	Les dispositifs de régulation n'ont pas permis de corriger les déséquilibres persistants de rémunération entre la radiologie et les autres spécialités médicales (p. 3).	<b>FAUX, LES PUBLICATIONS ANNUELLES DE LA CARMF MONTRENT QUE LE REVENU DES RADIOLOGUES EST PASSÉ DU 5<sup>E</sup> RANG EN 2005 AU 11<sup>E</sup> RANG EN 2022.</b> Leur revenu comprend aussi la contrepartie du risque (endettement, responsabilité médicale en RI). L'IGAS note d'ailleurs (p26) qu'il est possible de considérer que le forfait technique permet de financer le risque de l'investissement pris par le radiologue, en l'occurrence par le propriétaire de l'équipement, le plus souvent un établissement de santé.
11	Qu'au regard du rythme des innovations à venir, portées par l'intelligence artificielle (IA), les scores travail comme les coûts de la pratique vont être amenés à évoluer significativement. Le risque d'écart croissant entre le tarif CCAM et les coûts de la pratique est accru (p. 3).	<b>L'INNOVATION ET L'IA EN PARTICULIER NE FONT PAS BAISSER LES CHARGES</b> au contraire car les solutions d'IA ont un coût. Elles ne se traduisent pas par de la productivité mais par de meilleurs diagnostics avec moins de rayons X et moins de doses de produits de contraste en scanner et en IRM. L'IA génère des données complémentaires qui doivent être analysées par le radiologue.
12	La réforme des autorisations d'installation des EML pourrait entraîner un surcoût significatif pour l'assurance maladie.	La FNMR a donné son accord aux textes de la réforme publiée avec 2 décrets signés par la 1 <sup>ère</sup> ministre et le ministre de la santé. <b>LA RÉFORME EST UNE NÉCESSITÉ RÉSULTANT DE L'INSUFFISANCE D'ÉQUIPEMENTS EN FRANCE COMPARÉE À NOS VOISINS.</b> Les autorisations (avant la réforme comme depuis) sont attribuées par les ARS en fonction de leur évaluation des besoins. La majorité est accordée aux établissements et notamment publics.
13	Le développement de l'IA va induire des gains de productivité pour l'analyse des images et la rédaction des comptes rendus (p. 4).	<b>L'IA VA PERMETTRE D'AMÉLIORER LES DIAGNOSTICS ET RÉDUIRE LE TEMPS CONSACRÉ À DES MESURES QUI PEUVENT ÊTRE RÉALISÉES PAR L'IA.</b> Elle génère aussi des données complémentaires qui doivent être analysées par le radiologue.  Elle va libérer du temps pour se consacrer au diagnostic lui-même et au patient. Ce n'est donc pas un gain de productivité mais une meilleure prise en charge du patient. - L'IA est mono-tâche et fera de façon plus précise certaines tâches : Ex 1 : volumétrie de nodule. Mais il reviendra toujours au radiologue d'y associer les éléments de diagnostic en dehors des recherches de nodule (coronaires, plèvre...) permettant d'arriver à un diagnostic. Ex 2 : sensibilité accrue. L'IA étant très sensible soulignera beaucoup d'images, et il sera au contraire long pour le radiologue de les analyser pour les retenir comme réellement suspects ou pas (spécificité).

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires																																										
14	Suivre attentivement le déploiement des nouveaux EML et encadrer les implantations nouvelles, pour éviter qu'ils n'aboutissent à un déséquilibre encore plus fort entre territoires ou entre le public et le privé (p. 4).	<p>Dans la base du FINESS (base officielle qui enregistre tous les équipements autorisés), les EML (scanners et IRM) sont détenus à 40 % par les radiologues libéraux, à 35 % par les hôpitaux publics et à 25 % par des structures mixtes.</p> <p><b>LES LIBÉRAUX "DÉTIENNENT" 40 % DES EML MAIS REPRÉSENTENT 50,5 % DES RADIOLOGUES, EN REcul DEPUIS 10 ANS.</b></p> <p>Les hôpitaux "détiennent" 35 % des EML mais et représentent 33 % de la spécialité.</p> <table><tr><th>Radiologues CNOM</th><th>2015</th><th>2025</th><th>% en 2015</th><th>% en 2025</th></tr><tr><td>Libéraux</td><td>4004</td><td>3929</td><td>54,5 %</td><td>50,5 %</td></tr><tr><td>Mixtes</td><td>1219</td><td>1284</td><td>16,6 %</td><td>16,5 %</td></tr><tr><td>Salariés</td><td>2119</td><td>2563</td><td>28,9 %</td><td>33,0 %</td></tr><tr><td>Total</td><td>7342</td><td>7776</td><td>100,0 %</td><td>100,0 %</td></tr></table>	Radiologues CNOM	2015	2025	% en 2015	% en 2025	Libéraux	4004	3929	54,5 %	50,5 %	Mixtes	1219	1284	16,6 %	16,5 %	Salariés	2119	2563	28,9 %	33,0 %	Total	7342	7776	100,0 %	100,0 %																	
Radiologues CNOM	2015	2025	% en 2015	% en 2025																																								
Libéraux	4004	3929	54,5 %	50,5 %																																								
Mixtes	1219	1284	16,6 %	16,5 %																																								
Salariés	2119	2563	28,9 %	33,0 %																																								
Total	7342	7776	100,0 %	100,0 %																																								
15	Pour éviter que les dépassements d'honoraires deviennent un point de fuite de ces révisions tarifaires, la mission recommande de réguler fermement l'accès au secteur 2 et les taux de dépassement d'honoraires (p. 5).	<p><b>LES RADIOLOGUES FONT PARTIE DES SPÉCIALITÉS QUI ONT LE POURCENTAGE LE PLUS ÉLEVÉ EN SECTEUR 1 :</b></p> <p>73 %. Pour les 27 % restant, la moitié ont signé un accord de modération (OPTAM).</p> <p>Les radiologues pratiquent des dépassements limités. D'ailleurs, les différences de revenus sont faibles entre les 2 secteurs contrairement à d'autres spécialités. Dans le total des honoraires, les dépassements représentent pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensemble des spécialistes : 21 %</li><li>• Total des médecins (spé et MG) : 15 %</li><li>• Radiologues : 14 %</li></ul> <p>La spécialité la plus élevé (chir esthétique): 61 %</p> <p>20 spécialités sont au-dessus des 21 % de la moyenne des spécialistes. Les dépassements les plus importants sont réalisés dans les hôpitaux publics (cf rapport HP-HP 2025).</p> <table><tr><th>Spécialités</th><th>% en secteur 1</th></tr><tr><td>Chirurgiens</td><td>15,4</td></tr><tr><td>Gynécologues médicaux et obstétriciens</td><td>29,4</td></tr><tr><td>O.R.L.</td><td>30,8</td></tr><tr><td>Ophtalmologues</td><td>33,8</td></tr><tr><td>Endocrinologues</td><td>35,1</td></tr><tr><td>Stomatologues</td><td>36,9</td></tr><tr><td>Anesthésistes-réanimateurs</td><td>41,3</td></tr><tr><td>Rhumatologues</td><td>43,2</td></tr><tr><td>Pédiatres</td><td>51,8</td></tr><tr><td>Hépatogastro-entérologues</td><td>51,9</td></tr><tr><td>Dermatologues</td><td>52,8</td></tr><tr><td>Psychiatres</td><td>56,6</td></tr><tr><td>Neurologues</td><td>57,9</td></tr><tr><td>Généralistes à expertise particulière</td><td>71,7</td></tr><tr><td>Radiologues</td><td>72,7</td></tr><tr><td>Cardiologues</td><td>73,7</td></tr><tr><td>Allergologues</td><td>73,8</td></tr><tr><td>Médecins vasculaires</td><td>75,2</td></tr><tr><td>Pneumologues</td><td>75,5</td></tr><tr><td>Néphrologues</td><td>94,8</td></tr></table>	Spécialités	% en secteur 1	Chirurgiens	15,4	Gynécologues médicaux et obstétriciens	29,4	O.R.L.	30,8	Ophtalmologues	33,8	Endocrinologues	35,1	Stomatologues	36,9	Anesthésistes-réanimateurs	41,3	Rhumatologues	43,2	Pédiatres	51,8	Hépatogastro-entérologues	51,9	Dermatologues	52,8	Psychiatres	56,6	Neurologues	57,9	Généralistes à expertise particulière	71,7	Radiologues	72,7	Cardiologues	73,7	Allergologues	73,8	Médecins vasculaires	75,2	Pneumologues	75,5	Néphrologues	94,8
Spécialités	% en secteur 1																																											
Chirurgiens	15,4																																											
Gynécologues médicaux et obstétriciens	29,4																																											
O.R.L.	30,8																																											
Ophtalmologues	33,8																																											
Endocrinologues	35,1																																											
Stomatologues	36,9																																											
Anesthésistes-réanimateurs	41,3																																											
Rhumatologues	43,2																																											
Pédiatres	51,8																																											
Hépatogastro-entérologues	51,9																																											
Dermatologues	52,8																																											
Psychiatres	56,6																																											
Neurologues	57,9																																											
Généralistes à expertise particulière	71,7																																											
Radiologues	72,7																																											
Cardiologues	73,7																																											
Allergologues	73,8																																											
Médecins vasculaires	75,2																																											
Pneumologues	75,5																																											
Néphrologues	94,8																																											
16	Mener des études afin d'évaluer le temps nécessaire et la complexité de certains actes pour lesquels des risques de non pertinence ou de sous-recours sont identifiés (Proposition p. 6).	<p>L'évaluation de tous les actes de radiologie vient d'être réalisée par des experts dans le cadre du Haut Conseil des Nomenclatures. <b>POURQUOI REFAIRE CE TRAVAIL ?</b></p>																																										

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
17	<p>Mesures que l'IGAS propose pour le PLFSS 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire forfaitairement l'ensemble des montants des forfaits techniques CNAM</li> <li>• Déterminer le levier le plus pertinent pour compenser le coût majoré d'une première installation d'EML, lié aux travaux</li> <li>• Réduire le montant du FT pour les secondes et troisièmes machines installées sur une même autorisation d'implantation et relever le nombre d'actes inscrits aux seuils de dégressivité afin de contenir l'incitation financière à l'installation de nouvelles machines</li> <li>• Allonger la durée avant dégressivité du FT dit « amorti » des EML</li> <li>• Refondre la nomenclature des EML pour constituer des catégories de prix homogènes, en s'appuyant sur des évaluations des EML conduites par la HAS</li> <li>• Remplacer les modulations géographiques de forfaits techniques actuelles par une valorisation particulière des actes réalisés dans les territoires ultra-marins</li> <li>• Examiner la faisabilité et la pertinence d'un transfert du coût des produits de contraste du forfait technique vers la tarification des actes</li> <li>• Doter l'Uncam d'un pouvoir unilatéral d'évolution de la nomenclature des EML et des forfaits techniques. En l'absence</li> <li>• de pouvoir unilatéral d'évolution des tarifs des actes, prévoir une baisse automatique des forfaits en l'absence de toute révision au cours d'une période donnée (p. 6).</li> </ul>	<p><b>LES COÛTS DES 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> MACHINE SONT IDENTIQUES À LA 1<sup>ÈRE</sup> DE MÊME QUE LES CHARGES (PERSONNEL, ÉNERGIE, ETC.)</b></p> <p>Une partie devait dès la LFSS 2023 être mise en œuvre par la CNAM.</p> <p>Article 49 LFSS 2023          I afin de disposer des coûts sur les charges du secteur de l'imagerie médicale, une étude nationale de coût des charges du secteur peut être réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tous les trois ans....</p> <p>III. – Par dérogation à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi, arrêter les frais couverts par les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale mentionnées au 26° du même article L. 162-5 et lesdites rémunérations. Les dispositions ainsi arrêtées prennent effet à une date fixée par l'arrêté susmentionné, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2023.</p> <p>Plusieurs de ces propositions font sortir la radiologie du cadre conventionnel (Doter l'UNCAM d'un pouvoir unilatéral d'évolution de la nomenclature ....).</p>
18	La France compte 9140 radiologues (chiffres DREES) (Chap 1.1 p. 4).	Pour le <b>CNOM 7 776 EN 2024</b> (Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales (CNOM 2025).
19	L'activité d'imagerie des médecins non radiologues ne figurent pas dans le champ de la mission mais il serait utile de mener des travaux sur le sujet au regard de la dynamique des dépenses (Chap 1.1 p. 4).	La lettre de mission des 2 ministres <b>VISAIT DONC BIEN LES RADIOLOGUES</b> et non pas la radiologie. Elle demandait à la mission de trouver un moyen de contourner la convention médicale.
20	56 % des EML sont dans le parc privé dont 63 % des IRM et 49 % des scanners.	<b>LES CHIFFRES DU FINESS NE DONNENT PAS CES RÉSULTATS</b> (cf ci-dessus).
21	Graphique 5 Évolution de la valeur des actes d'imagerie en ville dont forfaits techniques en € (Chap 1.2 p. 7).	<p><b>CETTE PRÉSENTATION MÉLANGE TARIFS DES ACTES ET FORFAITS TECHNIQUES.</b></p> <p>Les honoraires des radiologues ne sont constitués que des tarifs des actes qui rémunèrent le travail "intellectuel" des médecins.</p> <p>Les forfaits techniques rémunèrent l'amortissement (ensemble des charges sauf les honoraires des médecins) des équipements et sont versés aux propriétaires des équipements dont les cliniques et les hôpitaux.</p>



N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
22	L'indice des prix de l'imagerie des radiologues n'est disponible que depuis 2015, il est de - 2 % sur 2015-2023, un niveau de baisse très limité au regard des gains de productivité réalisés et au regard de ce qui a été réalisé dans le champ de la biologie (- 34 % sur la même période). (Chap 1.2.2 p. 8).	<p><b>QUELS GAINS DE PRODUCTIVITÉ ?</b></p> <p>L'IGAS confond le temps de passage du patient dans un scanner ou une IRM (qui s'est réduit) mais il oublie que l'examen commence à l'arrivée du patient dans le cabinet jusqu'à son départ.</p> <p>Il oublie également que le nombre d'images à traiter a été multiplié par 10.</p> <p>Le temps d'interprétation ne s'est pas réduit, ni celui du temps de prise en charge global du patient.</p> <p>La biologie n'a pas pu faire face aux baisses tarifaires et a été livrée à des groupes financiers. Il est étonnant que l'IGAS s'oriente vers la même "solution" pour la radiologie.</p>
23	Les accords conclus entre l'assurance-maladie et les radiologues ont conduit à des mesures tarifaires de portée limitée. Ils ont parfois conduit, comme en 2018, à échanger des engagements sur les volumes (non tenus) contre un engagement d'absence de mesure tarifaire unilatérale sur le forfait technique. (Chap 1.2.2 p. 8).	<p>L'accord de 2018 a été <b>MIS EN ŒUVRE EN 2019 ET A ÉTÉ INTERROMPU EN 2020</b> par la crise du Covid. En dépit de l'effondrement de l'activité radiologique cette année, la CNAM a considéré que le plan n'avait pas été respecté sans tenir compte des résultats.</p> <p>Depuis, un seul accord a été conclu à l'initiative de la FNMR sur la prise en charge des produits de contraste dans le cadre des forfaits techniques donc payés par les propriétaires d'équipements. La mesure a représenté un surcout de plus de 100 M € pour les propriétaires correspondant à autant d'économies nettes pour la CNAM.</p>
24	La dépense moyenne par "rencontre" (l'IGAS veut parler d'examen) est passé de 75 € à 83 €... ce qui résulterait en partie de la substitution des actes d'imagerie en coupe à l'imagerie conventionnelle (Chap 1.2.2 p. 8).	<p><b>OUI, C'EST LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES</b> de recourir au scanner et à l'IRM pour des diagnostics plus performants. La Cour de cassation a rappelé l'obligation de respecter les recommandations en octobre 2024.</p> <p>C'est à dire de recourir à la technique la plus adaptée pour son patient. C'est sa responsabilité.</p>
25	Tableau 6 Nombre d'actes et montants remboursés aux radiologues par type d'actes en 2024. Montants remboursés y compris forfaits techniques. Graphique 8 décomposition des honoraires des radiologues en ville (Total des actes d'imagerie – Total des FT – Total des consultations, visites... (Chap 1.2.2 p. 10- 11).	<p><b>LE RAPPORT CONFOND UNE NOUVELLE FOIS TARIFS DES ACTES ET FT.</b></p> <p>Les forfaits techniques rémunèrent l'amortissement (ensemble des charges sauf les honoraires des médecins) des équipements -, pas les médecins. Ils sont versés aux propriétaires dont les cliniques et les hôpitaux.</p> <p>L'addition des remboursements d'actes et des FT n'est pas possible pour calculer le revenu des radiologues. Elle permet seulement d'analyser le cout de l'imagerie.</p>
26	La hausse du taux de recours à l'imagerie et la part croissante de l'imagerie en coupe ont été rendues possibles par l'évolution de l'offre (p. 11).	<p><b>CE SONT LES BESOINS DES PATIENTS ET LES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES</b> (autrement dit la demande médicale) qui génèrent l'activité.</p> <p>Voir point 24</p>
27	1.2.3. Les radiologues exercent majoritairement en libéral et leur nombre augmente (p. 11).	<p><b>LES LIBÉRAUX NE CONSTITUENT QUE LA MOITIÉ SELON LE CNOM.</b></p> <p>Leur part dans la spécialité va diminuant alors que celle des salariés augmente.</p>



N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
28	En imagerie, la Cnam a conclu avec le syndicat des radiologues libéraux (la FNMR) des protocoles (2007, 2010, 2013, 2018) prévoyant des évolutions tarifaires et des engagements de maîtrise des volumes de précision variable. Ces derniers engagements ont été d'une imprécision croissante, d'abord assortis de cibles chiffrées, puis limités à des thèmes d'action, de plus en plus généraux dans leur libellé (Chap 1.2.4 p. 11-12).	<b>CES ENGAGEMENTS ONT ÉTÉ TRÈS PRÉCIS.</b> Ils comportaient des lignes précisant le ou les actes concernés, le montant des dépenses pour chaque acte ou type d'actes, les objectifs d'économies par année et le total des économies par acte et pour l'ensemble. Ils précisaient également le montant des économies toutes spécialités et radiologues seulement.
29	Le protocole 2018-2020 prévoyait 60 % d'économies sur la pertinence (réduction de radiographies du rachis lombaires, du crâne et du thorax), soit 120,5 M € d'économies. Néanmoins, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2021, seulement 38 M € d'économies ont été réalisées en 2018 et 2019, soit 43 % de l'objectif (Chap 1.2.4 p. 13)	<b>LE PROTOCOLE N'A ÉTÉ SIGNÉ QU'EN AVRIL 2018.</b> La mesure sur la lombalgie a porté ses fruits car elle a fait l'objet d'une campagne TV nationale de l'Assurance maladie pour sensibiliser les patients. Après cette 1ère campagne, la CNAM s'est arrêtée. Les caisses régionales n'ont rien fait bien que sollicitées par la CNAM pour sensibiliser les médecins généralistes. La FNMR ne disposent pas des coordonnées généralistes. La FNMR ne disposent pas des moyens de mise en œuvre sans le soutien de la CNAM. La FNMR l'a répété régulièrement auprès de la CNAM. La Fédération a néanmoins développé des actions en propre. A l'issue de la crise du Covid, il avait été convenu avec la CNAM de faire le bilan de ce plan pour en lancer un autre en tenant compte de l'expérience acquise en matière d'action de pertinence. La CNAM n'a jamais donné suite.
30	Plusieurs actes d'imagerie médicale sont concernés par un niveau significatif de redondance (Chap 1.2.4 p. 13).	<b>C'EST LA CNAM ELLE-MÊME QUI RÉPOND</b> par une présentation PPT lors de la réunion CNAM syndicats représentatifs du 21 mai 2025. "La majorité de ces actes concernent des actes de radiographie réalisées dans un contexte justifiant des examens de contrôle à 30-45 jours (ex.: poignet, main, épaule ...)". Il s'agit d'examens qui doivent être refaits à court terme par exemple pour le contrôle de fracture, d'épanchement pleural, ... ou à moyen terme par exemple pour la surveillance sous traitements de maladies chroniques, dépistages négatifs... Des examens faits dans le secteur privé (par exemple) ou l'inverse peuvent être refaits dans l'autre secteur (public) quand le patient passe à l'hôpital. La mise en œuvre du DMP et de DRIMbox permettra de régler ce problème.
31	1.3. L'activité d'imagerie médicale réalisée à l'hôpital est moins bien connue, à l'exception de celle qui est réalisée au titre des actes et consultations externes (ACE) (p. 15).	<b>QUE L'ON ATTRIBUE QUELQUES FOIS AUX LIBÉRAUX.</b> Exemple : avant la réforme des produits de contraste (PdC), 50 % des PdC vendus en pharmacie étaient liés aux consultations externes (45 % pour le scan, 75 % pour l'IRM).
32	La concurrence entre le secteur privé et le secteur public peut être particulièrement préjudiciable à l'offre de soin publique dans les départements sous-denses ; (Chap 1.4 p. 20).	Une enquête FNMR-UNIR (fév. 2023) montre que <b>LE 1<sup>ER</sup> CRITÈRE DE CHOIX POUR L'INSTALLATION EN LIBÉRAL POUR LES INTERNES ET CHEFS DE CLINIQUES EST LA QUALITÉ DE VIE</b> (de 72 % à 84 %, le revenu (39 % à 67 %) et l'indépendance financière du groupe (31 % à 55 %).
33	Selon une estimation réalisée par la mission, sur une période de sept ans, le forfait technique couvre en moyenne 166,2 % des coûts liés aux machines et à leur utilisation. Ce taux varie en fonction du type de machine. Il est de 154,6 % pour les IRM1,5T et de 171,8 % pour les scanners (p. 22).	Comme souligné dans le rapport, <b>LES ÉQUIPEMENTS FRANÇAIS RÉALISENT PLUS D'ACTES</b> que les équipements étrangers. Logiquement puisqu'il n'y pas assez de machines pour assurer la prise en charge des patients d'où aussi des horaires très élargis par rapport aux autres pays. La mission calcule le coût et les recettes d'un équipement moyen sans tenir compte, entre autres, des différences entre équipements publics et privés. De ce fait, le calcul est faussé. De plus, cela ne correspond pas à la réalité du terrain. La méthodologie n'est pas décrite dans le rapport.

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
34	Le modèle ne prend pas en compte les IRM d'une puissance supérieure à 1,5T (p. 23).	Il y a des IRM 3T dans le privé mais <b>LES RARES 7T SONT EXCLUSIVEMENT DANS DES CHU.</b>
35	Le modèle considère le prix des machines comme une donnée fixe. Or, il est possible que le prix des machines fixé par les constructeurs tienne compte de la rémunération par le forfait technique. Ainsi, une baisse du forfait technique pourrait entraîner une baisse du prix des machines. (p. 23).	Le prix de la machine est de l'ordre de 10 à 15 % de l'amortissement. <b>LA BAISSSE DE QUELQUES POURCENTS DU PRIX D'UN SCAN OU D'UNE IRM SERAIT MARGINALE.</b> Les constructeurs ont des coûts. Ils ne vendent pas en fonction du FT mais de leurs coûts. Les prix des échographes, des scanners et des IRM sont parmi les plus bas en Europe.
36	Passé sept ans, la machine est amortie et le forfait technique est réduit, ce qui incite à changer de machine tous les sept ans, quel que soit l'état de la machine (p. 25).	<b>LES INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES</b> (et notamment l'informatique de l'imagerie en coupe) <b>ÉVOLUENT TOUTS LES 5 ANS.</b> Les évolutions en matière d'IA sont de l'ordre de 1 à 2 ans.  Ces évolutions obligent au renouvellement des machines pour améliorer le diagnostic, réduire les doses de rayons X, le volume de produit de contraste injecté, etc. Dans le cas contraire, cela signifierait que les patients sont pris en charge avec des machines moins performantes ne leur offrant pas les meilleurs soins. Il y aurait donc des pertes de chances.
37	Le FT est globalement "tellement rentable" qu'il permet de "se payer" des équipements qui ne sont pas dans les premiers prix (p. 26).	<b>LES RADIOLOGUES SONT AVANT TOUT DES MÉDECINS.</b> Ils choisissent les équipements qu'ils achètent en fonction du bénéfice technique et donc médical pour les patients.
38	En appliquant une couverture du FT à hauteur des coûts estimés, la mission estime la sur-compensation des opérateurs de radiologie liée à forfait technique à 514 M € en 2023 (cf. tableau 14) sur un champ limité aux scanners et IRM de 1,5 T) (26).	<b>MÊME RÉPONSE QUE POUR LE POINT 33.</b>
39	En cas d'installation d'un nouvel équipement ne conduisant pas à dépasser le seuil de trois équipements lourds par implantation, le titulaire informe simplement l'ARS des caractéristiques de cet équipement et n'a plus à solliciter une autorisation. Cette évolution a pour effet de favoriser les sites ayant déjà un ou deux équipements. Le nombre maximal d'équipements par site est fixé à trois (avec une obligation de mêler scanner et IRM), mais il peut y être dérogé au cas par cas sur demande auprès de l'ARS (jusqu'à un maximum de 18 appareils pour un site (p. 27).	<b>L'INSTALLATION DE 3 MACHINES SUR SIMPLE DÉCLARATION DOIT SE FAIRE OBLIGATOIREMENT À LA MÊME ADRESSE QUE LA 1<sup>ÈRE</sup> MACHINE.</b> Dans nombre de cas, ce n'est pas physiquement possible pour des raisons de place, de configuration des locaux, sans parler des contraintes démographiques des radiologues et des manipulateurs. La dérogation jusqu'à 18 machines ne concerne évidemment pas les libéraux mais les hôpitaux et plus particulièrement éventuellement les CHU.
40	La rémunération moyenne des praticiens hospitaliers est d'environ 91 635 € pour ceux qui perçoivent l'indemnité d'engagement de service public exclusif (1 010 € bruts par mois) et serait comprise entre 97 515 € et 103 515 € pour les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale, soit 50 % à 53 % de la rémunération libérale moyenne (p. 29).	<b>LE RAPPORT NE TIENT PAS COMPTE DU FAIT QUE LES HOSPITALIERS N'ONT QUE PEU DE CHARGES</b> (20 % ou moins) contrairement aux libéraux qui sont autour de 70 % de charges. De plus, les gardes, les astreintes, les primes et les activités de téléradiologie ne sont pas comprises dans la rémunération des hospitaliers calculée par l'IGAS (p. 29). La couverture sociale dont les retraites est nettement plus avantageuse pour les hospitaliers.
41	2.4. Le niveau de rentabilité du secteur de la radiologie, anormalement élevé depuis 2017, est en augmentation depuis 2021 parallèlement à un mouvement de concentration et à l'introduction d'acteurs financiers (p. 30).	<b>LES MOUVEMENTS DE RACHAT PAR DES GROUPES FINANCIERS SEMBLANT À L'ARRÊT FAUTE D'ATTRACTIVITÉ.</b> (Cf rapport IGAS sur la financiarisation (Annexe 1 – Fiche 1 p. 24) : le mouvement de LBO semble avoir ralenti depuis 2022).
42	La radiologie ne constituant pas une activité de soins (p. 30).	<b>CETTE AFFIRMATION EST UNE NÉGATION DE LA QUALITÉ DE MÉDECIN DES RADIOLOGUES.</b> La radiologie est bien une activité de soins (dépistage, diagnostic et thérapie). Elle est pratiquée par des médecins.

N°	Extraits rapport IGAS/IGF (les n° de page renvoient au rapport)	Commentaires
43	La rentabilité des entreprises de radiologie est à un niveau jugé trop élevé par la mission au regard des activités réalisées et du reste du secteur de la santé (p. 32).	<b>C'ET LA REPRISE DE L'ARGUMENTATION DU RAPPORT « CHARGES ET PRODUITS »</b> de la CNAM avec le même problème de constitution de l'échantillon. Par ailleurs, il faut tenir compte de la responsabilité entrepreneuriale des radiologues en investissement, en personnel qui n'est partagée que par peu d'autres spécialistes.
44	Les actes CCAM intègrent le coût de la pratique d'un acte. Les actes de radiologie réalisés sur des EML ont une particularité par rapport aux autres actes, à savoir que le coût de la pratique est déjà rémunéré par le forfait technique (p. 33).	<b>LES TARIFS DES ACTES DE SCANNER ET D'IRM NE COMPREND PAS LE COÛT DE LA PRATIQUE. LEUR MONTANT LE MONTRE FACILEMENT :</b> Tarif d'un acte de scanner : 29,29 € (Z compris) moins qu'une consultation de spécialiste ou de généraliste. Tarif d'un acte d'IRM : 69 €.
45	Les représentants de la profession peuvent donc avoir intérêt à limiter ou retarder la conclusion d'avenants actualisant les tarifs, dans la mesure où ceux-ci pourraient remettre en question les gains de productivité (p. 34).	<b>C'EST UN PUR PROCÈS D'INTENTION.</b> La FNMR ne cesse depuis 2020 de proposer à la CNAM de construire un plan d'économies de pertinence. Sans réponse jusqu'à présent. Quels sont les gains de productivité ?
46	La modélisation des coûts repose sur des études anciennes qui n'ont pas été actualisées (p. 35).	<b>LA FNMR DEMANDE DEPUIS 2008 LA RÉVISION DU CALCUL DES CHARGES DE L'ENSEMBLE DE LA SPÉCIALITÉ.</b> Cela a été acté par un avenant n°23 à la convention de 2005 et par un article 49 de la LFSS de 2023. Depuis 2005, la CNAM n'a pas répondu.
47	Concernant la situation particulière de l'accès à la mammographie, les ARS sont insuffisamment outillées en indicateurs d'offre et d'accès à cette offre. Elles ne peuvent, de ce fait, établir de lien de causalité entre le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et l'insuffisance du parc de mammographes ainsi que du nombre de radiologues habilités à participer au dépistage organisé du cancer du sein pour engager une politique de régulation active de ces équipements (p. 38).	<b>CE N'EST PAS L'OFFRE DE MAMMOGRAPHES QUI CRÉE LA DEMANDE MAIS BIEN LA VOLONTÉ D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION,</b> de santé publique qui recherche à améliorer le taux de participation au dépistage et qui par conséquent nécessite plus de mammographes et plus de radiologues et manipulateurs.
48	La modification du montant du forfait technique et des tranches d'actes sont susceptibles d'avoir des effets de bord sur le milieu hospitalier à ne pas négliger. Un dispositif de compensation pour les hôpitaux publics est à prévoir soit par une aide à l'investissement forfaitisé par type d'EML (p. 40).	<b>EST-CE À DIRE QUE LE FT SERAIT INSUFFISANT POUR LES HÔPITAUX ET TROP ÉLEVÉ POUR LES LIBÉRAUX ? À QUEL TITRE ?</b> Il faut consulter le communiqué de presse du ministère de la santé du 31/07/2025 sur l'installation d'une IRM à St-Pierre et Miquelon qui donne les montants d'investissement et de fonctionnement pour cette machine : Les travaux d'installation s'élèveront à 2,99 M €. Selon le ministère, son coût de fonctionnement est estimé à "plus de 430 K € par an pour la maintenance et les ressources humaines".
49	L'existence d'un tarif identique pour des coûts de réalisation significativement différents peut conduire à une éviction des actes avec produits de contraste (p. 41).	Les radiologues sont des médecins. <b>ILS INJECTENT EN FONCTION DES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES</b> qui viennent d'être mises à jour à la demande de la FNMR et de la SFR. Les règles relatives à l'injection de PDC font obligation au radiologue d'injecter selon les recommandations scientifiques (Cour de cassation Octobre 2024). Le CIRTACI de la SFR a publié à cette fin les recommandations, publiées également par la FNMR.
50	Toutefois, dans un contexte où les revenus des radiologues proviennent à la fois des forfaits techniques et des actes (p. 42).	Encore une fois, les revenus des radiologues sont les honoraires perçus pour les actes qu'ils réalisent. <b>LES FT SONT VERSÉS AUX PROPRIÉTAIRES D'ÉQUIPEMENTS DONT LES CLINIQUES ET LES HÔPITAUX.</b> Ils rémunèrent l'amortissement de l'équipement.



## Pertinence et efficience des dépenses de radiologie

# FAKE NEWS

François **AUVIGNE**  
Thomas **CARGILL**  
Jeanne **MAZIÈRE**  
Gauthier **JACQUEMIN**  
Adrien **HAIRAUT**  
Fantine **JOANNES**

Yann-Gaël **AMGHAR**  
Pierre-Louis **BRAS**  
Cloé **CHAPELET**  
Dr Emmanuelle **MICHAUD**

**IGF**  
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

