

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 492 OCTOBRE 2025

Le journal de la

F N
M R
Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

PERTINENCE

La CNAM y croit-elle vraiment ?



© Istock

GRAND TÉMOIN

Eric CHENUT,
président de la Mutualité
Française

PORTRAIT

Dr Florence LAIR,
radiologue libérale
à Blois

LA FNMR
ET FORCOMED
PRÉSENTS AUX JFR 2025
du 3 au 6 octobre





PARIS | PALAIS DES CONGRÈS
3 - 6 OCTOBRE 2025
JOURNÉES FRANCOPHONES DE RADIOLOGIE
DIAGNOSTIQUE & INTERVENTIONNELLE



**LA FNMR ET FORCOMED
PRÉSENTS AUX JFR 2025**
du 3 au 6 octobre

HALL PASSY - CÔTÉ NEUILLY
Niveau 1 - Stand 100



Le couperet de la CNAM



« CE SOUTIEN FORT DES SYNDICATS CONVENTIONNELS DÉMONTRE L'ABSURDITÉ DES MESURES IMPOSÉES PAR LA CNAM »

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Aucun syndicat conventionnel représentatif n'a accepté de signer le protocole "imagerie" de la CNAM reposant à 80 % sur la radiologie.

Ce soutien fort de nos collègues montre l'absurdité des mesures proposées, uniquement dogmatiques et empêchant l'accès à l'innovation. Le directeur général de la caisse va donc, d'ici le 30 septembre, décider seul des baisses de tarifs, notamment sur les deux techniques les plus innovantes en radiologie, scanner et IRM au détriment de la prise en charge des patients.

Cette volonté de baisse tarifaire ne peut en aucun cas améliorer la prise en charge des patients. En revanche, comme nous l'avons toujours dit, seule la pertinence permettra de faire des économies pérennes et importantes. Les différents interviews dans la revue le montrent parfaitement.

La pertinence permet aussi d'améliorer le service rendu à nos patients en ne faisant que le bon examen, au bon moment avec la bonne indication. En radiologie, cela permettrait aussi de diminuer la dose cumulée de rayons X au cours de la vie du patient.

La possibilité d'utiliser des algorithmes d'IA, qui nécessite une informatique moderne, accentuerait aussi ces diminutions de doses. Mais, manifestement ce problème de santé publique n'est pas celui de la CNAM, ni celui du ministère des finances.

Le dépistage du cancer du sein, autre sujet majeur de santé publique, est également attaqué par les décisions du directeur de la CNAM : il entend supprimer le forfait archivage, réservé aux examens scanners, IRM et... mammographiques !

La FNMR avait demandé, lors de la seule rencontre que nous avons eue avec les services de la CNAM, une revalorisation de l'acte de mammographie pour pouvoir investir, là encore, dans l'innovation par l'achat de solutions d'IA, affinant le diagnostic.

Leur seule réponse est la décision de baisser le "Z", supplément spécifique du radiologue qui marque la reconnaissance du montant élevé des investissements nécessaires dans notre spécialité.

L'instabilité politique totale et durable dans laquelle nous sommes ne permet plus de nouer des relations stables avec les cabinets ministériels pour les convaincre du caractère dangereux pour nos patients de ces mesures.

Les ministres valsent mais l'immobilisme de l'immuable administration perdure ! Qui est finalement celui qui dirige et oriente ?

Qui est notre ministre de tutelle ? Celui de la santé ou celui des finances ?

La qualité de la prise en charge et du soin de nos patients dépendent des réponses que nous aimerions avoir !

.....
La pertinence, c'est aussi une histoire de continuité... politique...



7

Éric CHENUT :
"La situation exige
un large débat
démocratique"

GRAND TÉMOIN



© FNMR - Hervé Thouroude

9



Dr Florence LAIR,
Itinéraire d'un
médecin engagé

PORTAIT

12

La Vie en Rose



**Associations de
patientes : les
"voix" du progrès**

**DÉPISTAGE
ORGANISÉ DU
CANCER DU SEIN**

24



Pertinence :
un chantier prioritaire !

PERTINENCE

2 FNMR aux JFR 2025

3 Édito

5 Brèves

6 IGAS-IGF / FNMR : la guerre est déclarée

10 Statistiques : Centre Val-de-Loire

DOSSIER DOCS

12 Les associations de patientes

19 Senolog : baisse du dépistage organisé en 2024

22 Sénologie : nouveaux ateliers pratiques avancées

22 Produits de contraste en imagerie médicale

DOSSIER PERTINENCE

24 Un chantier prioritaire

25 « Sortir du volume pour entrer dans la valeur »

28 4 propositions de la FNMR

36 Les syndicats représentatifs

40 Loisirs

41 Petites annonces

43 Vie syndicale

**Le Médecin
Radiologue
libéral**

NUMÉRO 492 OCTOBRE 2025

Annonces : Forcomed p. 23-35 – FNMR p. 44

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

INTERNES EN RADIOLOGIE EN 2025-2026

258

C'est le nombre de postes d'internes en radiologie pour l'année 2025-2026, encore loin du nombre nécessaire.

L'ORDRE POURSUIVRA LES AUTEURS DE HARCELEMENT DE MEDECINS



"Le harcèlement n'est pas une opinion. Il sera dorénavant systématiquement combattu". Le CNOM a annoncé qu'il poursuivrait dorénavant toutes personnes ou organisation menant de campagnes de harcèlement contre des médecins, notamment par l'instrumentalisation de procédures disciplinaires, juridiques ou via les réseaux sociaux. Ces pratiques feront l'objet de poursuites judiciaires systématiques par les CDOM et le CNOM (Communiqué du 28 juillet 2025).

ONIAM



Depuis 2022, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux a reçu 105 000 demandes d'indemnisations. Le montant moyen d'indemnisations des victimes est de 154 000 € en moyenne.

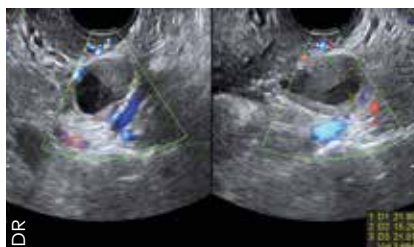


UNE IRM À SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

Le CH de Saint-Pierre-et-Miquelon se dote de sa première IRM. Selon le ministère de la Santé, les travaux d'installation s'élèveront à 2,99 M€. L'installation, qui sera en service au 30 juin 2027, permettra "une amélioration des prises en charge médicales tout en réduisant le recours aux évacuations sanitaires".

Selon le ministère, son coût de fonctionnement est estimé à "plus de 430 K€ par an pour la maintenance et les ressources humaines". Soit un montant bien supérieur à ce que laisse entendre les rapports "Charges et produits" de la CNAM et celui de l'IGAS/IGF sur l'imagerie.

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/une-premiere-irm-a-saint-pierre-et-miquelon-debut-des-travaux-en-octobre-un>



LES SAGES-FEMMES SONT INTEGRÉES AUX RECOMMANDATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ENDOMETRIOSE

La Haute Autorité de Santé a actualisé sa recommandation sur la place des différents examens d'imagerie pour le diagnostic de l'endométriose.

Les sages-femmes sont désormais citées parmi les professionnels pouvant réaliser le diagnostic avec le recours à l'échographie endovaginale.

HAS Actualisation de la place des différents examens d'imagerie pour le diagnostic d'endométriose – 15 mai 2025

ÉLARGISSEMENT DES POUVOIRS PREFECTORAUX SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ LOCALE

Les décisions de retrait ou d'abrogation d'activité de soins (y compris pour les équipements matériels lourds) par l'ARS seront soumis à avis du préfet de région.

(Décret n° 2025-723 du 30 juillet 2025 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements)



IGAS-IGF / FNMR : la guerre est déclarée

Dans un rapport au vitriol, les inspections générales des finances et des affaires sociales proposent un mode de régulation unilatéral des tarifs et des équipements radiologiques pour améliorer la pertinence et l'efficacité des dépenses. Cerise sur gâteau, les inspecteurs considèrent que la radiologie n'est pas une activité de soins. La profession monte au créneau et organise la riposte.

Une déclaration de guerre. Voici comment ont été accueillies les conclusions des inspections générales des finances et des affaires sociales sur la radiologie diagnostique et interventionnelle¹. Le jugement est sévère. Outre de fortes disparités territoriales dans la répartition des équipements lourds et une « concentration excessive » de radiologues en région parisienne, qui entraînent des inégalités d'accès aux soins, les auteurs de ce rapport évoquent une rémunération deux fois supérieure à celle des autres spécialistes, non sans souligner un écart marqué entre libéraux et hospitaliers, qui nuit à l'attractivité des établissements de santé et favorise la téléradiologie, notamment en dehors des horaires classiques. Ils pointent également une surcompensation des investissements via le forfait technique et anticipent une hausse de productivité grâce à l'intelligence artificielle, qui attire des investisseurs en raison de la « forte rentabilité » du secteur. Dix-sept recommandations sont formulées pour réduire les dépenses avec un objectif prioritaire : sortir la radiologie du cadre conventionnel et doter l'UNCAM d'un pouvoir unilatéral d'évolution de la nomenclature des équipements médicaux lourds, des actes CCAM et des forfaits techniques... Mais aussi limiter l'accès au secteur 2 pour freiner la progression des dépassements d'honoraires.

→ CINQUANTE NUANCES DE CONTRE-VÉRITÉS...

La réaction a été immédiate. Dans une synthèse détaillée et documentée, la Fédération nationale des médecins radiologues contredit, point par point, cinquante arguments avancés par les auteurs du rapport IGF/IGAS. Concernant la rémunération, la FNMR regrette notamment un amalgame entre revenus et bénéfices, et rappelle que la profession figure au onzième rang du dernier classement établi par la CARMF. « Le rapport inclut les montants des forfaits techniques qui sont versés aux propriétaires des équipements lourds, dont les hôpitaux et des cliniques », précise-t-elle. Concernant la « forte rentabilité » de la spécialité, les « experts » mandatés « utilisent un échantillon non représentatif et ignorent la réalité des charges supportées par les structures de radiologie ». Concernant le renouvellement des



équipements pour des raisons financières, les inspecteurs proposent de doubler le délai de renouvellement des équipements, qui atteindrait quatorze ans. « Augmenter les années d'utilisation se traduira par plus de rayons X délivrés, plus de produits de contraste injectés, des examens moins performants et des pertes de chances pour les patients. Ce seront aussi des années de perdues à l'heure de l'intelligence artificielle, où un an en vaut dix... » Enfin, concernant la corrélation entre la hausse du nombre de machines et celle du volume d'activité, la FNMR rétorque : « Ce sont les besoins médicaux des patients qui justifient l'augmentation du nombre d'appareils pour réduire des délais de rendez-vous déjà trop longs. »

→ L'UNION SACRÉE !

Derrière la remise en cause de la radiologie comme activité de soins, la recommandation phare de ce rapport, qui suggère de sortir la spécialité de la convention pour réguler unilatéralement les tarifs et les équipements, suscite colère et indignation. « Si ce régime était instauré, cette dictature sanitaire sonnerait la mort de la médecine libérale, dont la radiologie. La FNMR demande aux ministres en charge qu'ils dénoncent ce rapport et confirment la validité de la convention médicale pour l'ensemble de la médecine libérale. » La chronologie des événements soulève également quelques interrogations. Datées du mois de mai, mais publiées mi-juillet, les recommandations des inspecteurs pourraient avoir « inspiré » les propositions du dernier rapport « Charges et produits » de l'Assurance Maladie, qui souhaite baisser les tarifs des secteurs en situation de « rentes économiques ». Selon les représentants des professions visées, un tel ordonnancement ne peut être le fruit du hasard. Seule certitude : radiologues, radiothérapeutes, médecins nucléaires, pathologistes, néphrologues et biologistes ont choisi de faire front commun face aux tutelles. « Les six spécialités du cancer vont se battre pour protéger la santé des patients patients. Nous ne pouvons accepter une telle dérive vers la médiocrité », martèle Jean-Philippe Masson, président de la FNMR. La guerre est déclarée... ●

Jonathan ICART

¹ « Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie », IGF/IGAS (mai 2025).

« La situation exige un large débat démocratique »

Dans un entretien exclusif, Eric Chenut interroge ouvertement la stratégie, la gouvernance et le financement de notre système de santé et de protection sociale. Il propose également des réformes structurelles, notamment dans le secteur de la radiologie, pour améliorer la qualité et la pertinence des soins. Retour sur la philosophie et la méthode.

→ Dans une situation politique, économique et budgétaire particulièrement complexe, comment réformer efficacement le système de santé ? Quels sont les chantiers prioritaires ?

La réforme du système de santé et de protection sociale suppose une vision pluriannuelle, car de nombreux secteurs nécessitent des investissements programmés sur le long terme. Annuelle ou infra-annuelle, une approche strictement budgétaire limite la capacité des pouvoirs publics à initier des transformations durables. Elle empêche également les acteurs et les financeurs de planifier efficacement les adaptations requises. Le vieillissement de la population, la hausse des pathologies chroniques et l'évolution des techniques médicales vont accroître nos dépenses et intensifier les impératifs d'efficacité, notamment en matière de prescription. Nous devons nous y préparer. Par ailleurs, contre la fraude, dont les formes ont changé de nature, doit aussi être une priorité. Intelligence artificielle incluse, les outils actuels n'ont pas encore apporté de résultats satisfaisants. Les moyens pour la combattre doivent donc être renforcés. Autre enjeu majeur : la financiarisation croissante du système de santé doit être régulée, car elle détourne des ressources essentielles vers des logiques de rentabilité, au détriment des patients et des soignants.

→ Comment financer les transitions démographiques, épidémiologiques et numériques sans fragiliser les socles nationaux de protection sociale ?

Les moyens pour anticiper cette triple transition n'ont pas été pleinement mobilisés, notamment en ce qui concerne la démographie médicale et le vieillissement de la population. Du fait du vieillissement de la population, les dépenses de santé sont de plus en plus élevées, et leur croissance dépasse désormais celle des revenus et du PIB. Faut-il produire plus pour maintenir l'effort constant ou accepter une augmentation de la part du PIB consacrée à la santé ? Ce choix de société

ÉRIC CHENUT,
président de la
Mutualité Française



exige un large débat démocratique. Raison pour laquelle nous organisons, dès cet automne, des Etats généraux de la santé et de la protection sociale qui devront engager citoyens, professionnels et institutions dans cette réflexion. Malgré ses imperfections, le système français reste solidaire et relativement peu coûteux, notamment par rapport aux Etats-Unis. Il garantit un accès aux soins pour la majorité des usagers, et mérite d'être adapté sans être démantelé. Ce doit être un sujet central dans les prochaines échéances politiques, dont la future élection présidentielle.

→ La hausse des tarifs des mutuelles et des complémentaires santé est-elle inéluctable ?

Les dépenses de santé affichent une forte dynamique qui s'est accentuée depuis la crise sanitaire. Combinée au transfert croissant de charges vers les couvertures complémentaires, cette situation met sous pression les mutuelles, qui doivent respecter des obligations prudentielles et réglementaires. Ces dernières années, une part importante d'entre elles était en déficit technique, ce qui rendait nécessaires des hausses de cotisations pour assurer le versement des prestations. Autre caractéristique notable : la fiscalité sectorielle

a littéralement explosé depuis deux décennies ; elle est passée de 730 millions en 2008 à 6,5 milliards en 2024. Assimilable à une TVA sur la santé, la taxe de solidarité additionnelle est injuste et inefficace. Véritable anomalie fiscale dans le paysage européen, elle impacte directement le montant des cotisations des assurés. La Mutualité Française propose de réviser ce mécanisme, en privilégiant des contributions plus équitables comme la CSG.

→ Des économies sont-elles possibles sur les frais de gestion des organismes complémentaires ?

Les frais de gestion des mutuelles peuvent atteindre 20 % des cotisations. En dépit des arguties comptables qui nous sont régulièrement opposées, ils couvrent des services essentiels demandés par les adhérents (accueil physique et téléphonique en France, hébergement sécurisé des données de santé, réseaux conventionnés, tiers payant, prévention et action sociale...). Autre particularité notable : la Mutualité Française mène plus de 25 000 actions de prévention par an, mais ces dépenses sont toujours considérées comme des frais de gestion. En marge de cette reconnaissance, il faut également simplifier les nomenclatures de la Convention collective nationale de la mutualité, afin de rendre les mécanismes de tarification et de remboursement plus lisibles et plus compréhensibles pour tous les acteurs concernés.

→ Au regard des investissements requis, la prévention doit-elle être davantage financée par les mutuelles et les complémentaires santé ?

Les mutuelles sont déjà très engagées dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire, mais elles souhaitent en faire davantage ; nous sommes le premier acteur en prévention après l'Assurance Maladie. Certaines contraintes freinent toutefois leurs ambitions. La prévention n'est pas reconnue comme une prestation en nature ou en service, et ne peut donc pas être intégrée dans les contrats. Chaque mutuelle doit obtenir un accord individuel de chaque adhérent pour chaque action de prévention, ce qui engendre des coûts et exclut les publics les plus éloignés du système de soins, soit ceux qui en ont pourtant le plus besoin. La fiscalité spécifique est également absurde. Entre la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur la valeur ajoutée, non récupérable pour les mutuelles, le taux de prélèvement pour une action de prévention menée via un tiers est de 35 %. Une réforme fiscale et réglementaire doit être rapidement engagée pour nous permettre d'agir efficacement et équitablement.

→ Quelles sont vos propositions pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé ? Quels sont les enjeux en matière de qualité et de pertinence des actes radiologiques ?

Le modèle des soins de ville ne répond plus aux besoins, notamment en matière d'accessibilité aux médecins généralistes et spécialistes. Nous recommandons donc de développer les équipes de soins traitantes – médecins, pharmaciens, infirmiers – pour offrir une prise en charge coordonnée et territorialisée. Travaillons également avec les professionnels de santé, dont les radiologues, pour repenser les modalités de prescription¹ et de prise de rendez-vous. La désintermédiation des parcours de

soins entraîne des examens inadaptés, et des actes inutiles, coûteux et inefficaces. Il faut subordonner les prescriptions aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, mais aussi redonner aux radiologues la capacité de choisir l'examen le plus pertinent. Cela permettrait d'améliorer la qualité des soins, de réduire les coûts et de renforcer la confiance des usagers.

→ Depuis un an, une participation forfaitaire uniforme de deux euros s'applique aux actes de radiologie, y compris pour les examens scanographiques. Cette mesure pourrait-elle être étendue aux forfaits techniques ?

Ce n'est pas souhaitable ! La hausse des dépenses liées aux forfaits techniques est réelle, mais instaurer une nouvelle participation forfaitaire pour les patients n'est pas une bonne solution. Ce type de mesure contredit le principe fondateur de la Sécurité sociale : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La responsabilisation financière des patients est délétère, surtout quand la pédagogie fait défaut. À l'instar des arrêts de travail, il appartient aux médecins de prescrire les actes nécessaires, notamment en imagerie. Il est donc essentiel de s'appuyer sur l'expertise des professionnels et sur les recommandations médicales en vigueur pour prodiguer des soins plus pertinents. La réforme du système de santé doit reposer sur la responsabilité, la confiance, la proximité et une éducation au juste recours aux soins.

→ Les dépassements d'honoraires représentent une part croissante des remboursements effectués par les mutuelles et les complémentaires santé. Quel est leur poids réel dans les frais de débours ? Une meilleure couverture est-elle envisageable pour les praticiens du secteur 2 ou les signataires de l'OPTAM² ?

Les dépassements d'honoraires pris en charge par les mutuelles augmentent plus vite que les autres dépenses de santé... depuis quatre ans. Initialement efficace, l'Optam est devenu trop complexe pour les professionnels et peu lisible pour les assurés, tout en étant coûteux. Un encadrement par acte ou par consultation serait plus approprié. Les modes de régulation doivent également nous interroger collectivement, car près des trois quarts des nouveaux spécialistes s'installent en secteur 2. Au-delà des dépassements couverts par les complémentaires, posons-nous les bonnes questions : les tarifs de base de la Sécurité sociale reflètent-ils la réalité de la pratique ? Pour concilier qualité des soins et soutenabilité du modèle social, il faut progressivement revaloriser les professionnels de santé, en lien avec la responsabilité et la valeur ajoutée des actes pratiqués, mais aussi rediscuter les modalités de la négociation conventionnelle, qui doit être plus dynamique et mieux corrélée aux besoins du terrain. Une trajectoire pluriannuelle serait bien plus efficace.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Rappelons que les médecins radiologues ne sont pas prescrits. Il s'agit donc de demandes d'examen.

² Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Florence LAIR

Itinéraire d'un médecin engagé

Pour des raisons professionnelles et personnelles, Florence Lair a pratiqué son métier dans différentes villes du pays, mais toujours avec le sentiment du devoir accompli. Il y a six ans, elle a choisi de se fixer près de Blois. Définitivement ?

Le voyage commence en région parisienne. Originaire des Hauts-de-Seine, Florence Lair grandit dans la ville de Sèvres, élevée par un père généraliste et une mère pédiatre. Un "environnement hippocratique" qui nourrit sa vocation, celle de devenir médecin, elle aussi. Nantie de son baccalauréat D, elle intègre la Faculté de médecine Paris-Descartes, poursuit ses études à Cochin et réussit son internat en 1988. Un sans-faute ! Bien classée, elle hésite entre Paris et Montpellier, mais elle choisit finalement de rester. « Je me suis spontanément dirigée vers la chirurgie, mais je ne me voyais pas évoluer dans un milieu très masculin et exercer un métier aussi contraignant. La médecine clinique ne m'a pas plu non plus... » Sur les conseils d'un ami, elle découvre la radiologie. « Une discipline médicale intuitive, qui combine la technique et la clinique, et dont la dynamique technologique rendait la pratique d'autant plus stimulante. Le contact direct avec les patients était également un critère très important pour moi. » Durant son internat, elle travaille dans plusieurs hôpitaux parisiens, à Lille et en Martinique. Elle devient ensuite chef de clinique en radio-pédiatrie à l'hôpital Saint-Vincent de Paul entre 1993 et 1995.

→ UNE CARRIÈRE MOBILE

Son début de carrière sera fait de vacations hospitalières entre Saint-Vincent de Paul et Saint-Antoine. Pour des raisons personnelles, Florence Lair déménage rapidement dans le Var. Trois ans après son arrivée et quelques remplacements dans des établissements locaux, elle "visse sa première plaque" à Toulon en 1999. Une expérience « enrichissante » qui aura pourtant des conséquences inattendues quand, cinq ans plus tard, elle regagne Paris. « Cette association m'a fait perdre mon droit au secteur 2... » Les opportunités étant rares dans la région, elle trouve refuge dans la ville de Sens, au cœur de l'Yonne. « Je me suis associé dans un cabinet ambitieux, où je suis restée plusieurs années, mais les trajets ont fini par devenir trop contraignants. » Elle recommence donc ses remplacements en région



parisienne, notamment en Seine-Saint-Denis, sans pour autant trouver un cadre professionnel « satisfaisant ». Contactée par l'un de ses anciens internes, du temps de l'hôpital Saint-Vincent de Paul, elle se laisse tenter par un projet « intéressant » dans le Loir-et-Cher. Elle déménage à Blois, remplace des confrères et trouve, finalement, des associés. Depuis six ans, elle exerce au sein du groupe Vidi-IMCL41. Composée de treize radiologues libéraux répartis sur quatre sites, dont une polyclinique, la structure bénéficie d'un plateau technique complet et couvre un bassin de population de 120 000 habitants. Signe particulier : le parc des équipements lourds comprend deux scanners et deux IRM. « L'imagerie de la femme et la sénologie occupent une place centrale dans notre projet médical », souligne-t-elle. A tout le moins, elle semble avoir définitivement trouvé sa place.

→ UNE VISION ÉTHIQUE ET PROGRESSISTE

Autre caractéristique notable : Florence Lair est une figure emblématique de la FNMR. Encartée depuis plus de deux décennies, elle est actuellement présidente du syndicat départemental du Loir-et-Cher, trésorière régionale du Centre-Val de Loire et membre du bureau national élargi. Durant son parcours, elle a été formatrice et responsable de formation chez Forcomed, mais aussi gérante de Sylma Conseil. Une société agréée par la Fédération pour accompagner les sites d'imagerie médicale dans la mise en place de leur démarche qualité (Labelix). Éclairée par ses multiples expériences professionnelles et syndicales, elle pose un regard lucide sur les évolutions de son métier, malmené par les tutelles. « Nos patients ont besoin d'une radiologie libérale dynamique, humaine et accessible, capable de s'adapter aux mutations technologiques et sociétales, sans renier ses valeurs intrinsèques. Cela passe par un renforcement des moyens humains, techniques et financiers. Le maintien d'un revenu stable sera une condition sine qua non pour investir dans l'outil de travail, contrer les velléités actionnariales et créer de nouveaux emplois. » Intelligence artificielle, financiarisation, baisse des cotations... Les défis et les pressions ne devront pas détourner la profession de ses ambitions. Le mot d'ordre est clair : agir pour ne pas subir ! Florence Lair sait faire. ●

Jonathan ICART

Médecins radiologues

Statistiques

Centre-Val de Loire 2023

Les données présentées dans cet article sont relatives aux médecins radiologues de la région Centre-Val de Loire 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.

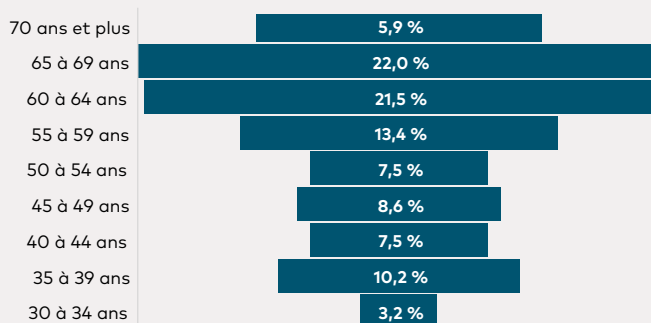
→ DÉMOGRAPHIE

CENTRE-VAL DE LOIRE
Radiologues : **186**
Densité : **7,2¹**

Région Centre-Val de Loire	2010	2015	2023
Nombre de radiologues	186	183	186
Densité ¹	7,3	7,1	7,2

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

Radiologues : répartition par tranche d'âge (Centre-Val de Loire 2023)



→ SECTEUR CONVENTIONNEL

74 % des radiologues sont inscrits en secteur 1.
16 % sont inscrits en secteur 2 OPTAM et 10% sont en secteur 2 sans OPTAM.

→ LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Centre-Val de Loire 2023	Taux de dépassement
Toutes modalités	7,1 %

Source : SAD-Ameli

→ PATIENTÈLES

Le nombre de patients par radiologue est de 6 791 en Centre-Val de Loire (7 213 France entière). Il s'échelonne de 4 991 dans le Cher à 11 207 dans l'Indre.

→ ACTIVITÉS

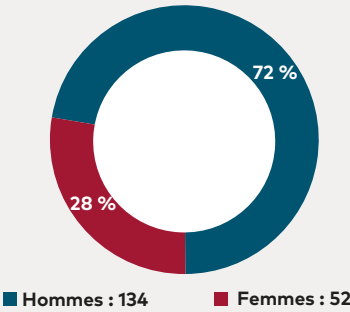
CVL 2023 Toutes spécialités	Nombre d'actes	Nombre d'actes en % du total	Dépense totale ²	Dépense remboursable	Dépasse- ments	Dépense remboursée ³	% du total dépense remboursée
Radiographie conventionnelle	1 809 102	58 %	54 864 743	52 019 292	2 914 692	41 980 415	40 %
Échographie	945 018	30 %	61 967 167	57 236 856	4 736 065	46 592 674	45 %
Scanner	178 238	6 %	12 754 584	11 475 471	1 296 788	8 763 270	8 %
IRM	166 545	5 %	8 381 889	7 871 964	517 893	6 568 944	6 %
Total Toutes spécialités	3 098 903	100 %	137 968 383	128 603 583	9 465 438	103 905 303	100 %

(2) Dépense totale = Dépense remboursable + dépassements

(3) Dépense remboursée par l'Assurance maladie

→ LE SEXE

Répartition des radiologues selon le sexe
(Centre-Val de Loire 2023)



→ ÉQUIPEMENT MATÉRIELS LOURDS
CENTRE-VAL DE LOIRE (SEPTEMBRE 2023)



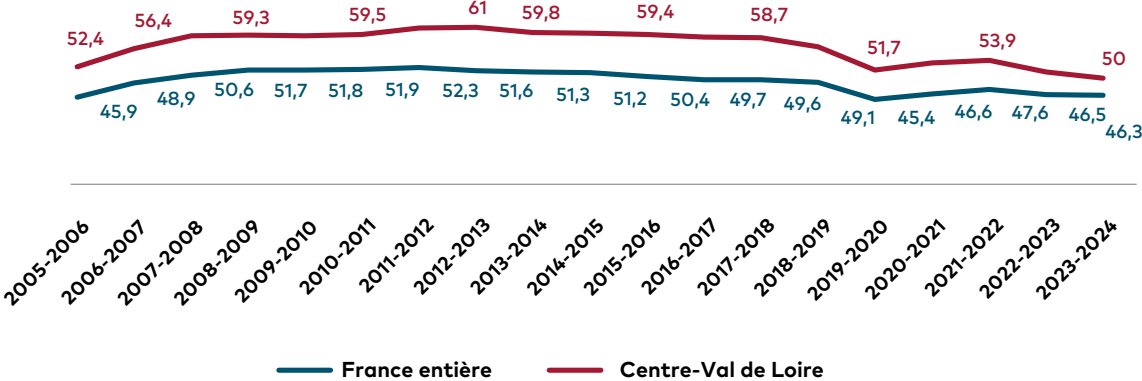
Source : SNITEM

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Dépistage organisé du cancer du sein Centre-Val de Loire	Années 2023-2024		
	Population Insee cible	Nombre de femmes dépistées	Taux de participation Insee standardisé (%)
France entière	10 830 052	5 017 000	46,3
Centre-Val de Loire	430 754	216 175	50,0

Source : Santé Publique France

Taux de participation au dépistage du cancer du sein (biannuel) en %
(Centre-Val de Loire 2005-2024)



Les adhérents de la FNMR trouveront des statistiques de la région **Centre-Val de Loire** détaillées par département dans la partie adhérents du site fnmr.fr

Associations de patientes : Les “voix” du progrès

Ce mois-ci, huit associations de patientes, après les cinq qui s'étaient exprimées dans notre revue de septembre, analysent les freins et les leviers du dépistage organisé du cancer du sein. Elles évoquent les nombreuses difficultés rencontrées par les femmes concernées, et proposent des solutions éclairées pour améliorer le taux de participation et réduire les pertes de chance.

La Vie en Rose

JanvierFévrierMarsAvril

MaiJuinJuilletAoût

SeptembreOctobreNovembreDécembre

C'est Octobre et les 11 autres mois pour une mammographie de dépistage

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS RADIOLOGUES

CHEZ ROSE



Chaque jour, on découvre 1 000 nouveaux cas de cancer



Chez Rose est un espace associatif où les personnes atteintes par un cancer gynécologique peuvent venir trouver des informations de prévention, du réconfort et des activités adaptées, à tout moment de la maladie. On y trouve des ateliers, des conférences, des cours de sport adapté (prévention contre les récidives), de cuisine et du soutien. Il ressort du Panorama des cancers en France édité

par l'INCA en 2023 que : « Chaque jour, on découvre 1 000 nouveaux cas de cancer. Actuellement 1 femme sur 8 est touchée par un cancer du sein et il y a 61 214 nouveaux cas par an.

Les autres cancers féminins sont un peu plus rares. Sur les territoires ciblés par l'association, le 77 et les départements limitrophes, 10 000 femmes atteintes par des cancers gynécologiques pourraient avoir besoin de notre soutien. ●

Nous contacter :

🌐 www.chez-rose.org – ☎ 07 67 74 05 82

La mobilisation demeure essentielle



La Fédération "Les Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers" célèbre cette année ses 25 ans et aura largement contribué à la création du mois de sensibilisation POUR la prévention et le dépistage organisé du cancer du sein, plus connu sous le nom de « Octobre rose » qui lui célèbre ses 20 ans cette année ! Tout comme elle a contribué à la généralisation du dépistage organisé sur tout le territoire en 2004 !

20 ans après, la mobilisation demeure essentielle **pour augmenter les taux de participation** toujours inférieurs aux recommandations européennes !

Nos Comités sont composés de militants et militantes associatives, de bénévoles engagé.es qui au quotidien, toute l'année, en proximité et gracieusement :

- Agissent pour augmenter la participation de la population à la prévention et au dépistage des cancers (sein, colorectal, utérus) **afin que baissent les taux de mortalité**, par de multiples actions sous toutes les formes : dans les entreprises, manifestations sportives, rassemblements et évènements, défilés caritatifs, marchés, galeries

marchandes, collèges, lycées, personnels soignants, étudiant.es en santé, monde associatif, colloques, forums santé...

- Favorisent et organisent la formation et l'éducation sur la prévention et le dépistage des cancers, en créant pour l'occasion des outils pédagogiques adaptés (vidéo en langue des signes, ...)
- Informent et sensibilisent toute l'année, auprès de tous les publics et populations et notamment les personnes éloignées de la santé,
- Participent au financement de la recherche et contribuent à des projets sur la prévention et le dépistage, l'accompagnement des personnes en soins, ...
- Portent les messages de santé publique tout en ayant aussi comme ambition de faire remonter les attentes, les critiques, les besoins, les réalités des usagers et usagères de la santé comme le renoncement aux soins, les difficultés d'accès aux dépistages organisés, les déserts médicaux, ...

Sur tous les territoires d'intervention qu'ils soient citadins, ruraux, semi ruraux, péri urbains... Et aux côtés de tous les acteurs et actrices de santé.

Les Comités féminins (associations agréées d'intérêt général) ce sont des milliers de kilomètres parcourus et des milliers de personnes rencontrées **pour sensibiliser en particulier en ce mois d'octobre à la participation au dépistage organisé du cancer du sein.** ●

AGISSONS ENSEMBLE !
LE DÉPISTAGE, C'EST TOUTE L'ANNÉE.
LE DÉPISTAGE, C'EST UNE CHANCE !

LA SANTÉ C'EST UN DROIT !

✉ federation@comitesdepistagecancers.fr

ÉTINCELLE



Dépistage : nécessité ou contrainte ?

→ L'ASSOCIATION

Étincelle « Rebondir avec un cancer », est une association pionnière en matière de soins de support en dehors de l'hôpital. En effet, c'est en 2004 que M^{me} Josette Rousselet Blanc, elle-même atteinte d'un cancer du sein, crée Étincelle afin de procurer aux femmes ce qui lui avait manqué lors de son parcours de soin. Depuis, Étincelle s'est agrandie et propose

gratuitement entre 20 et 30 soins de support à toutes les femmes atteintes de cancer mais également à celles qui sont dans l' « après maladie » ainsi qu'à leurs proches.

→ LE DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein préconise, depuis 2004, une mammographie tous les deux ans

Dépistage organisé du cancer du sein

à partir de 50 ans et ce jusqu'à 74 ans, suivie d'une échographie si nécessaire.

Quand on sait que le cancer du sein représente presque 60 000 nouveaux cas par an et que 1 femme sur 8 a, a eu ou l'aura au cours de sa vie, on ne peut qu'encourager cette initiative ; d'autant plus que, détecté à un stade précoce, il peut être « guéri » dans plus de 90 % des cas. De ce fait, on estime que le dépistage organisé réduit la mortalité et/ou permet une meilleure qualité de vie en évitant certains traitements.

Au lire de ces chiffres, on ne peut qu'applaudir cette décision. Cependant, le dépistage organisé reste controversé : trop cher ? Sur traitement ? Incomplet ? Mal compris ? Mal observé ? Les pouvoirs publics espéraient 70 % de suivi ; or on en compte que 50 %. Pourquoi ? (le dépistage individuel n'est pas comptabilisé).

Personnellement, en tant que présidente de l'Association Etincelle mais surtout en tant qu'oncopsychologue, je ne peux que m'interroger, me poser des questions, au vue de ce que me rapporte mes patientes, sans avoir la prétention d'y apporter des réponses.

→ L'EXPÉRIENCE ETINCELLE

• Femmes jeunes

A Etincelle, on constate une population de plus en plus jeune, bien plus jeune que 50 ans. La plupart de ces femmes n'ont pas d'antécédents familiaux, pas de facteurs de risques particuliers ; elles découvrent seules la « petite boule ». Certaines ne s'en inquiètent pas immédiatement car, précisément, elles se pensent trop jeunes. Que faire pour cette population en âge de procréer et qui ne bénéficie pas du dépistage organisé ? Peut-être les inciter à voir leur gynécologue une fois par an, à considérer la palpation comme faisant partie d'une hygiène de vie, au même titre qu'une prise de tension ou une prise de sang ?

Peut-être les initier plus sérieusement à l'autopalpation ? Et surtout les informer qu'un cancer du sein peut survenir chez des femmes jeunes, donc les convaincre de consulter très rapidement en cas d'anomalie sur le sein.

De la même manière, inciter les médecins/gynécologues et autres à prendre au sérieux « la petite boule » et de ne pas la confondre avec kyste bénin, piqûre de moustique, boule de graisse et divers diagnostics rassurants mais qui peuvent s'avérer dangereux....

• Mammographie complétée par une échographie si nécessaire.

Pourtant certains cancers sont découverts à l'échographie (autours de 30 %) alors qu'ils ne se



voient pas à la mammographie et surtout sur des seins jeunes... Devrait-on faire systématiquement une échographie ? Mais quid du problème épineux concernant le bénéfice/risque en termes de coût ?

• Les cancers intermédiaires

« A ma dernière mammo, tout allait bien et deux ans après, on m'a découvert un cancer... ». Combien de fois ai-je entendu cette phrase. Mais que faire ? Trop de mammographies peut s'avérer également dangereux. Une échographie intermédiaire ? Un IRM mammaire ? Serait-ce suffisant ? Serait-ce efficace ? Mais de nouveau la question se pose du bénéfice/risque en termes de coûts ?

• Sur-traitements ou surveillance active ?

Et si, lors du dépistage, on découvre « quelque chose » ? Que faire ? Passer immédiatement aux traitements lourds ? A savoir : chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, voire chimiothérapie ? Ou, selon les cas, faire une surveillance active : mammo, écho tous les trois, six mois ? Le problème étant que l'on n'est jamais sûr à l'avance de la réaction de la tumeur : va-t-elle flamber ? Va-t-elle dormir encore quelques mois ou quelques années ?

• Les plus de 74 ans...

Plus de dépistage organisé pour ces femmes... Et si à 75 ans, on développe un cancer ? Qu'on ne voit pas très régulièrement son gynécologue précisément parce qu'on est un peu plus âgée ? De ce fait, on laisse trainer avec les conséquences dramatiques que l'on peut imaginer... Le pendant de ce problème étant : jusqu'à quel âge le dépistage ? Toute sa vie ? Et de nouveau la fameuse question bénéfice/risque.

• Les problèmes socio-culturels

Certaines femmes issues de milieux socio culturels défavorisés ou maîtrisant mal le français peuvent négliger le dépistage et cela pour différentes raisons :

- Elles n'ont pas compris le courrier envoyé
- Elles n'ont pas le temps parce qu'elles travaillent ou doivent s'occuper de nombreux enfants
- Elles n'ont pas conscience des dangers de la maladie
- Elles manquent d'informations
- Elles ne prennent pas suffisamment soin d'elles et ne consultent jamais.
- Etc.

Que faire ?

• La peur de l'examen et... du résultat

Que de fois ai-je entendu « J'ai peur d'avoir mal », « L'attente du résultat est trop angoissante », « Il n'y a pas de raison, il n'y a jamais eu de cancer dans ma famille et puis je suis en bonne santé », etc, etc,.

Preuve du manque d'information... Comment faire comprendre qu'un cancer avancé car non découvert à temps sera beaucoup plus dangereux voir mortel mais que, surtout, les traitements seront mille fois plus

douloureux qu'une simple mammographie ? Comment faire comprendre qu'un cancer dépisté tôt augmentera considérablement les chances de guérison et que les traitements seront beaucoup moins violents ? Comment faire comprendre que cette maladie insidieuse peut malheureusement toucher tout le monde ? Comment faire comprendre que l'attente dans les cabinets de radiologie est normale car l'analyse des clichés est minutieuse et, de plus, ils sont souvent débordés ? Comment inciter les cabinets de radiologie à être plus rassurants, réconfortants alors qu'ils manquent de temps et que la salle d'attente est pleine ? Toute une éducation à faire, oui mais comment ? Avec quels moyens ?

• Et les hommes ?

1 % des cancers du sein touche les hommes. Il peut également être agressif. Pourtant, pas de dépistage pour eux... Encore une histoire de bénéfice/risque ?...

→ CONCLUSION

Nous avons la chance de bénéficier du dépistage dans notre pays. Cependant, il pose des questions contradictoires et les réponses le sont tout autant. Il faut que chacun d'entre nous puisse se responsabiliser face à sa santé mais encore faut-il être conscient des enjeux. C'est le travail des professionnels de santé, des associations, des médias de contribuer à informer, éduquer afin d'inciter chacun à prendre soin de soi et de ses proches et de faire du dépistage une nécessité et non une contrainte. ●

Catherine ADLER TAL

Onco-psychologue – Onco-sexologue

Présidente Etincelle

« Rebondir avec un cancer »

JEUNE ET ROSE



Le Télététon : sensibiliser les jeunes femmes au dépistage précoce du cancer du sein



Le cancer du sein est la première cause de cancer chez la femme en France, avec une incidence croissante chez les femmes de moins de 50 ans. Chaque année, environ 12 000 femmes de moins de 50 ans sont diagnostiquées, dont 1 500 avant 35 ans. Ces cancers dits « de la femme jeune » présentent un phénotype plus agressif, une croissance rapide et des réponses thérapeutiques complexes. L'absence de dépistage organisé avant 50 ans peut entraîner un diagnostic tardif, avec un impact direct sur la survie. Les femmes en situation de vulnérabilité sociale ou de handicap cumulent des inégalités dans la prévention, le diagnostic et la qualité des soins.

Face à ce constat, Jeune&Rose, collectif de jeunes femmes touchées par un cancer, a développé le projet Télététon pour sensibiliser les jeunes femmes et les hommes à la prévention et au dépistage précoce. Dans le cadre de ce projet, elles enseignent l'auto-examen mammaire dès le lycée, permettant de repérer les anomalies mammaires précocement, et complète ainsi le dépistage organisé qui débute à 50 ans. L'auto-examen mammaire, lorsqu'il est pratiqué régulièrement et correctement, permet avant tout aux jeunes femmes de mieux connaître leur corps. Il facilite aussi la détection rapide de tout changement inhabituel. L'auto-examen mammaire constitue ainsi un véritable gain de temps dans le parcours de dépistage et peut contribuer à un diagnostic plus rapide, sans se substituer aux examens cliniques ou d'imagerie recommandés. Cette pratique favorise une meilleure observance médicale et permet de devenir acteurs et actrices de sa santé.

Le Télététon propose des ateliers animés par des patientes elles-mêmes, permettant de transmettre leur expérience et d'enseigner les gestes de l'auto-surveillance. Les bustes en silicone reproduisent les anomalies mammaires, offrant une compréhension concrète des symptômes, tandis qu'un atelier spécifique guide les participantes dans la pratique de l'autopalpation sur ces bustes, renforçant l'apprentissage par la mise en situation. Cette approche immersive, non anxiogène et dédramatisante, facilite la mémorisation des gestes et la confiance des jeunes femmes dans leur capacité à détecter d'éventuels signes précoces. Les ateliers abordent également les facteurs de risque environnementaux et génétiques, complétant

Dépistage organisé du cancer du sein

les connaissances médicales et gynécologiques classiques.

Au-delà de la sensibilisation des jeunes, Jeune&Rose développe des actions d'accompagnement pour les patientes jeunes touchées par un cancer du sein, en proposant des espaces de soutien, des conseils pratiques et des groupes de parole sur des thématiques qui leur sont propres telles que le désir de maternité, l'oncofertilité ou encore le retour à l'emploi. L'association sensibilise également les professionnels de santé à ces problématiques spécifiques, en produisant des supports vidéos pédagogiques mêlant paroles de soignants et de soignés pour améliorer la prise en charge et l'écoute des patientes.

Ainsi, Jeune&Rose agit main dans la main avec les professionnels de santé, des radiologues aux gynécologues, en passant par les infirmières scolaires et les équipes hospitalières. Le Téléteton complète le dépistage classique en offrant un relais éducatif et préventif auprès des jeunes. Ce projet permet de renforcer la culture préventive, de faciliter l'accès à l'information et d'améliorer la prise en charge globale des cancers du sein chez les femmes jeunes. Ensemble, associations et professionnels de santé construisent un continuum de prévention et de suivi, garantissant que chaque jeune femme dispose des connaissances et des outils nécessaires pour agir rapidement face à tout signe suspect. ●

LA LIGUE CONTRE LE CANCER



Le dépistage du cancer du sein : enjeux, rôle des radiologues et perspectives d'amélioration

→ LES ACTIONS DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

La Ligue contre le cancer joue un rôle clé dans la promotion du dépistage organisé, notamment du cancer du sein. Elle agit sur quatre axes complémentaires. La recherche, d'abord, avec un soutien ciblé à des projets portant sur les cancers de mauvais pronostic, les facteurs de risque et les outils de détection précoce. La prévention et la promotion du dépistage, ensuite, via des campagnes d'information, des actions de terrain et des partenariats avec les acteurs locaux pour améliorer la participation, en particulier dans les territoires sous-dotés. L'accompagnement des personnes malades, troisième axe, inclut un soutien psychologique et social dès l'annonce du diagnostic, souvent consécutif à un dépistage. Enfin, le plaidoyer pour l'équité en santé vise à réduire les inégalités d'accès au dépistage, en alertant sur les freins économiques, géographiques ou culturels, et en proposant des solutions concrètes comme les unités mobiles ou les médiateurs en santé.

→ LE RÔLE ESSENTIEL DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), ciblant les femmes de 50 à 74 ans, répond aux critères de l'OMS¹ pour les programmes de dépistage : pathologie fréquente, test fiable, population cible bien définie. Il permet un diagnostic précoce, réduisant la mortalité de 23 % et évitant plus de 3000 décès par an. Comparé au dépistage individuel (DI), le DOCS détecte plus de cancers infiltrants, favorise les chirurgies conservatrices et limite les traitements lourds. Il repose sur une double

lecture des mammographies, garantissant qualité et sécurité. Les radiologues sont au cœur de ce dispositif, garants de la qualité des examens et de la pertinence des actes.

→ PROBLÉMATIQUES ET AXES D'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE

Malgré ses bénéfices, le DOCS souffre d'un défaut de participation (autour de 50 %), limitant son impact. La part du dépistage hors DOCS estimée à 18 %, est, quant à elle, en très légère augmentation sur la période récente. Les inégalités sociales, géographiques et culturelles freinent l'accès au dépistage. La démographie des radiologues et la concentration des cabinets aggravent ces disparités. Le surdiagnostic, estimé entre 6,5 % et 20 %, interroge sur la pertinence des actes et appelle à une personnalisation accrue du dépistage, notamment via l'intelligence artificielle. L'articulation entre DOCS et DI doit être clarifiée pour éviter la concurrence et renforcer l'équité. Enfin, des pistes inspirées de modèles étrangers (unités mobiles, rendez-vous préfixés, "patient navigators") pourraient améliorer l'accessibilité et l'adhésion au programme. La ligue en fera écho au moment d'Octobre rose. Rdv sur ligue-cancer.net.

Dans ce contexte, les radiologues sont des partenaires essentiels : leur engagement aux côtés de la Ligue est déterminant pour renforcer l'impact du dépistage, dessiner ses évolutions futures et garantir une prise en charge précoce et équitable. ●

¹ Organisation Mondiale de la Santé

Ensemble, mobilisés pour la prévention et le dépistage

Chaque année, Octobre Rose est un moment fort de mobilisation autour de la lutte contre le cancer du sein. Mais pour l'association Mon Bonnet Rose, cette mobilisation ne se limite pas à un seul mois : elle s'inscrit dans une action continue, au service de la prévention, de l'accompagnement et de la sensibilisation.

Depuis 2018, notre mission est **d'informer, soutenir et accompagner les femmes touchées par le cancer**. Nous le faisons à travers des actions concrètes : ateliers bien-être, sport adapté, groupes de parole, socio-esthétique, mais aussi grâce à des événements solidaires qui fédèrent grand public, entreprises et partenaires. Notre objectif est simple : briser l'isolement, donner des clés pour mieux vivre les traitements, et redonner confiance et énergie aux personnes concernées.

Mais au-delà de l'accompagnement, nous avons une conviction forte : **la prévention et le dépistage sauvent des vies**. Aujourd'hui, trop de femmes — et d'hommes — ne participent pas encore aux campagnes de dépistage organisées. Pourtant, détecter tôt un cancer, c'est augmenter considérablement les chances de guérison, réduire la lourdeur des traitements et préserver la qualité de vie.

C'est pourquoi, tout au long de l'année, nous multiplions les interventions en entreprises, dans les collectivités et lors d'événements grand public. Nous y rappelons l'importance de l'autopalpation, du suivi médical régulier, mais aussi de la participation aux dépistages organisés du cancer du sein, du cancer colorectal ou encore du cancer du col de l'utérus.

Chaque échange, chaque rencontre est l'occasion de faire tomber les tabous, d'apporter des réponses claires et de motiver à l'action.

Durant **Octobre Rose**, cette dynamique prend une ampleur particulière :

- Des stands de sensibilisation sont installés lors de manifestations sportives, culturelles et solidaires.
- Des conférences et ateliers sont proposés en entreprise, permettant d'allier information et mobilisation des salariés.
- Nos bénévoles, patients partenaires et professionnels de santé vont à la rencontre du grand public pour dialoguer, rassurer et encourager chacun et chacune à devenir acteur de sa santé.

Les radiologues jouent un rôle central dans ce parcours. Leur expertise, leur écoute et leur pédagogie sont des maillons indispensables pour instaurer la confiance et convaincre de l'importance du dépistage. Nos actions viennent en relais de ce travail, pour rappeler que ce geste — parfois perçu comme contraignant ou anxiogène — est en réalité une véritable assurance-vie.

La prévention et le dépistage sont l'affaire de tous. C'est ensemble, en conjuguant les compétences médicales, l'engagement associatif et la mobilisation citoyenne, que nous pourrions continuer à sauver des vies et faire reculer l'impact des cancers.

En ce mois d'Octobre Rose, et bien au-delà, nous appelons chacune et chacun à prendre soin de soi, à parler autour de soi, et à participer aux dépistages organisés. Parce que se faire dépister, **c'est offrir à la vie une chance supplémentaire.** ●

MON RÉSEAU CANCER DU SEIN



**mon
réseau
cancer
DU SEIN**

Dépistage du cancer du sein : continuons à faire mieux !

Les personnes touchées par un cancer du sein trouvent, sur **Mon Réseau Cancer du Sein***, un espace d'information, d'échange et de soutien quels que soient leur lieu de vie, de soins, l'étape de leur maladie.

A travers leurs mots et leurs parcours, on perçoit combien nous pouvons faire encore mieux pour : faire connaître les signes d'alerte avant 50 ans, sensibiliser

les femmes à haut risque à une surveillance adaptée, engager beaucoup plus dans le dépistage organisé. Au-delà de l'information et des invitations, c'est l'accès facilité au dépistage organisé que nous devons continuer à améliorer et la conviction qu'un cancer détecté tôt a beaucoup plus de chances de guérir avec des traitements moins lourds.

N'oublions pas que la notion de dépistage n'est peut-être pas toujours connue, ou comprise. J'avais été touchée par la réflexion d'une médecin s'occupant des populations immigrées « Dans les pays d'origine

Dépistage organisé du cancer du sein



il n'y a pas de dépistage, les femmes n'y ont pas de représentation du dépistage, elles ne savent même pas ce que cela veut dire. » On mesure ainsi le travail à entreprendre pour **mieux "aller vers"**. Nous avons besoin de pédagogie différenciée, adaptée à chaque groupe de population cible. A l'heure où toutes les femmes ne rencontrent pas un médecin traitant régulièrement, nous avons besoin de banaliser les lieux de dépistage, de les positionner sur les trajets du quotidien, les lieux de travail et proches des lieux de vie. Les expériences existantes semblent porter leurs fruits. Dans la recherche d'une meilleure efficacité des

politiques de dépistage, la grande enquête **MyPeBS** va peut-être permettre de préciser **l'enjeu de l'identification des risques personnels**, de l'histoire familiale aux risques individuels et environnementaux. Peut-être sera-t-il alors questionné l'âge cible : est-ce que 50 ans n'est pas trop vieux ? est-ce que 74 ans n'est pas trop jeune ?

Par ailleurs, rappelons un fait. Quand on s'alarme des chiffres trop peu encourageants de la réponse aux politiques de dépistage, on peut regretter que les outils statistiques floutent la photographie de la prévention en France. Combien de femmes utilisent le dépistage individuel ? Pourquoi leurs données ne seraient-elles pas compilées et agglomérées afin d'intégrer les statistiques en santé publique et produire ainsi un référentiel plus qualitatif encore ? En attendant cette petite révolution il nous semble préférable d'inciter les femmes à utiliser le dépistage organisé afin de participer à la constitution de données de santé publique qui permettront de mieux cibler demain les femmes potentiellement en risque.

Laure GUÉROULT-ACCOLAS
Directrice Générale
de Patients en réseau

(*) réseau social privé anonymisé et gratuit de l'association Patients en réseau : monreseaucancer.org/sein

SOROPTIMIST INTERNATIONAL FRANCE



Le Soroptimist International France et le dépistage organisé du cancer du sein

Le Soroptimist International France, membre de l'ONG Soroptimist International, est une organisation composée de femmes professionnelles, qui agissent au niveau local, national et international pour les droits des femmes, et en particulier dans 5 domaines de programmes : la santé, l'éducation, l'autonomisation et le leadership des femmes et des filles, la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles, et la défense de l'environnement.

Nos programmes sont en lien avec les objectifs de développement durable de l'ONU.

A ce titre, les présidentes successives de notre organisation soutiennent toute démarche visant à l'amélioration de la santé des femmes, et bien entendu la lutte contre le cancer du sein, à travers une prévention organisée.

Le dépistage organisé du cancer du sein est une procédure qui permet de suivre de manière régulière les femmes de 50 à 74 ans, grâce à une mammographie

réalisée tous les deux ans, et assortie si nécessaire d'un examen complémentaire de la poitrine.

Cette mammographie est lue par le radiologue spécialement formé qui la réalise, et bénéficie d'une seconde lecture par un radiologue tout aussi compétent.

Il est bien entendu que, le radiologue étant prescripteur, toute femme peut demander une mammographie avant 50 ans et après 70 ans en cas de signe inquiétant, et que cet examen sera pris en charge, réalisé le plus rapidement possible, cela sans passage obligatoire préalable chez un généraliste.

Les clubs Soroptimist International France organisent partout des manifestations Octobre Rose, et seront en première ligne alors pour rappeler à toutes l'importance capitale du dépistage organisé du cancer du sein. ●

Soroptimist International France

Baisse du dépistage organisé en 2024

Que nous apprend Sénolog ?

Le dépistage organisé du cancer du sein baisse tendanciellement depuis une quinzaine d'années, dans toutes les sous-classes d'âge (par tranche de 5 ans entre 50 et 74 ans). Le taux de participation des femmes dans la classe d'âge 50-74 est désormais nettement inférieure à 50 %, puisqu'il s'établit à 44 %, après avoir culminé à 54 % en 2011/2012.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce recul sensible :

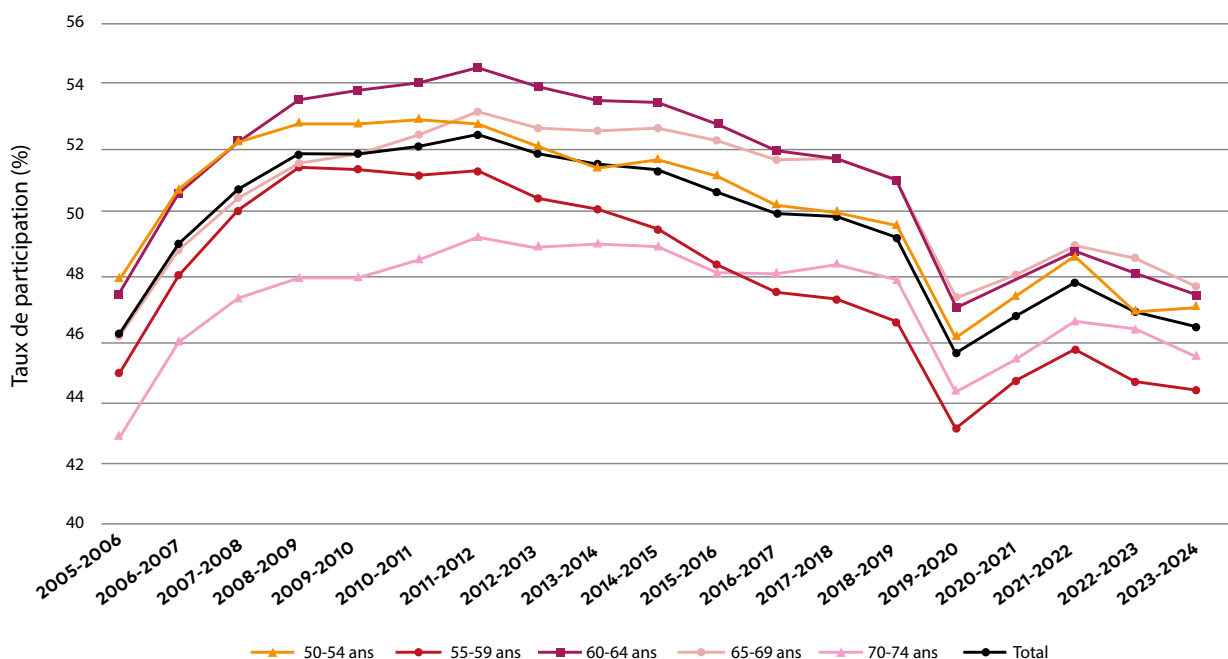
- Des problèmes logistiques dans l'envoi des invitations. Depuis le 1^{er} janvier 2024, l'envoi des invitations est assuré par l'Assurance Maladie, alors que les structures de gestion en avaient la charge précédemment. Selon Santé publique France, l'Assurance Maladie n'a pas été en mesure de fournir le nombre d'invitations envoyées.
- Une préférence croissante pour la réalisation de mammographies de dépistage individuel. Selon



Santé publique France, « une partie de la population cible, estimée à environ 10 %, a recours à un dépistage hors programme »¹. Nous avions de notre côté estimé les années précédentes qu'il fallait ajouter entre 10 et 16 points pour tenir compte du choix laissé aux femmes entre les deux modes de dépistage dans la tranche d'âge.

- Ce phénomène de transfert vers la mammographie individuelle est, sans doute, renforcé par la part croissante des radiologues en secteur 2. Il y a 2 ans, nous avions démontré, sur les données 2022, que le secteur conventionnel avait un impact significatif sur la réalisation des mammographies. Les radiologues en secteur 1 réalisaient en moyenne 75 % de

Taux de participation brut
(Centre-Val de Loire 2005-2024)



Source : Santé publique France

Dépistage organisé du cancer du sein

mammographies de dépistage organisé, alors que ce taux tombait à 62,6 % chez les radiologues du secteur 2. Si les tarifs sont équivalents, quel que soit le secteur du médecin, pour la mammographie de dépistage organisé (66,42€), il n'en est pas de même pour la mammographie de dépistage individuel, dont le prix moyen, avec dépassement, est de 102,28 €, soit un dépassement moyen de 35,86 € (53 %).

L'analyse n'est malheureusement pas possible sur les données 2024, qui n'ont pas été mises en ligne par l'Assurance Maladie. On peut cependant penser que dans un contexte de durcissement des relations entre l'Assurance Maladie et la profession, ce transfert s'accélère.

- Ceci n'explique cependant pas tout. Dans certains départements, alors que le pourcentage de radiologues en secteur 2 est très faible, les taux de participation demeurent nettement inférieurs à la moyenne nationale. Le cas de la Seine-St-Denis est de ce point de vue emblématique. La participation y recule de 5 points, passant de 37,4 % en 2023 à 32 % en 2024³. On peut craindre une communication inadaptée à des populations plus défavorisées.
- Il existe des fortes disparités régionales, avec plus de 20 points d'écart sur le taux de participation entre les régions les moins actives et les régions les plus actives en DO. En tête de la participation, Auvergne-

Rhône-Alpes, la Bretagne, la Bourgogne-Franche-Comté, la Normandie, la Nouvelle Aquitaine, et les Pays de la Loire qui dépassent 50 % de taux de participation. En queue de peloton, la Corse, l'Ile-de-France et PACA, avec à peine 30 %.

→ QUEL ÉCLAIRAGE PEUT FOURNIR SÉNOLOG SUR CETTE SITUATION ?

Comment mesurer le taux réel de participation ? La coexistence des deux solutions de dépistage rend la mesure complexe.

Il ne suffit en effet pas de sommer dans la tranche d'âge 50 – 74 ans les mammographies QEQK004⁴ et QEQK001⁵. Si les mammographies QEQK004 correspondent presque exclusivement à du dépistage, ce n'est pas le cas des mammographies QEQK001, qui peuvent répondre à de nombreuses autres circonstances que le dépistage stricto sensu.

¹ Source Santé Publique France : Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein. En 2024 et depuis 2005, 6 mai 2025

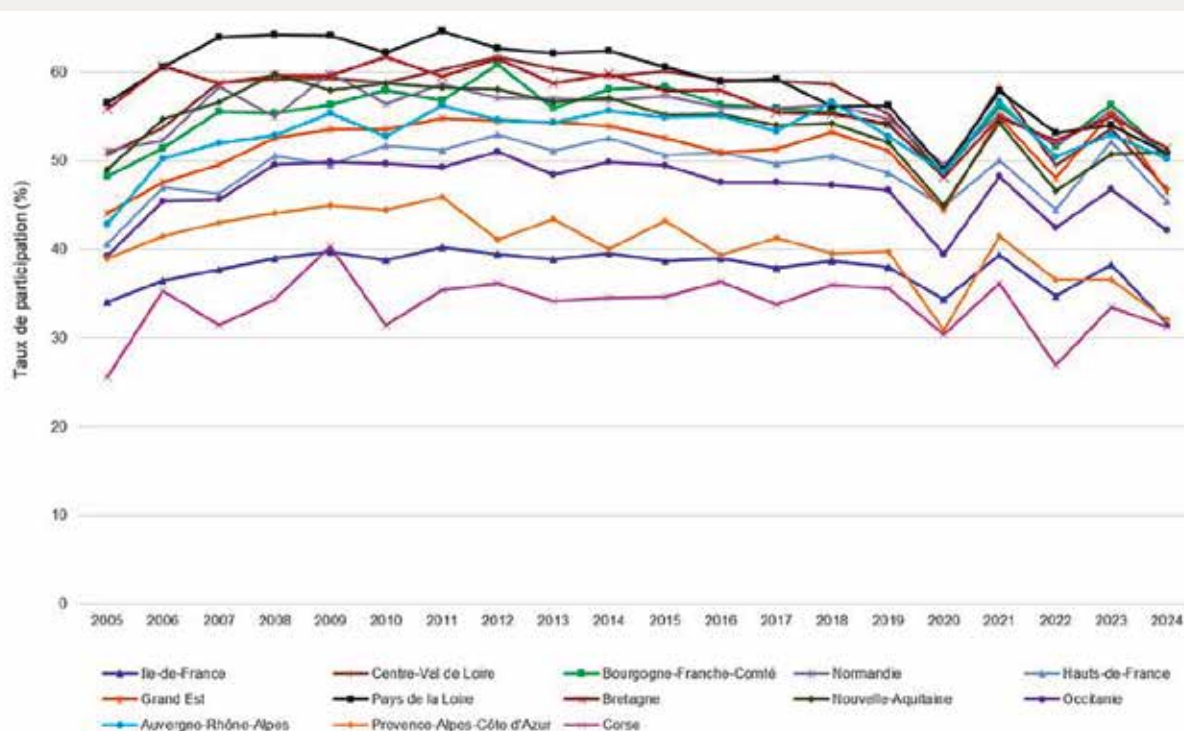
² Source Santé Publique France : Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein. En 2024 et depuis 2005, 6 mai 2025

³ Source Santé Publique France : Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein. En 2024 et depuis 2005, 6 mai 2025

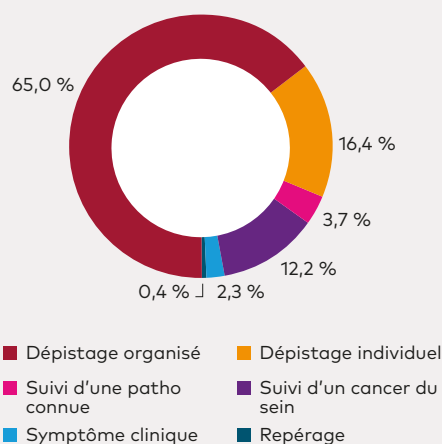
⁴ Mammographie de dépistage

⁵ Mammographie bilatérale

Taux de participation standardisé – Régions hexagonales
(Période 2005-2024 – annuel)



Circonstances – Tranche d'âge – 74 ans



Source : Sénolog 2024

Cet acte peut être coté dans le cadre de suivi de pathologies, qu'elles soient ou non cancéreuses, le repérage en vue d'un geste, ou simplement la confirmation d'un symptôme clinique. Sénolog est la seule base de données permettant d'estimer ces circonstances de réalisation d'une mammographie.

Dans les données 2024, ces 4 circonstances pèsent ensemble plus que la circonstance « dépistage individuel ». A noter que le suivi mammographique des cancers pèse à lui seul presque autant que le dépistage individuel⁶.

En sommant les mammographies QEQK001 pour le seul motif de dépistage individuel, dont le total représente environ 26 % des mammographies de dépistage organisé, on gagne un peu plus que les 10 points de participation cités par Santé publique France pour atteindre 55 % de taux de participation.

Une analyse régionale plus fine s'avère intéressante pour comprendre le glissement possible du DO au DI. A l'exception de la Nouvelle-Aquitaine, dont l'activité de DO progresse de 1 %, toutes les autres régions enregistrent une baisse sensible en 2024 selon Santé publique France. Cette baisse se traduit bien évidemment dans les données de Sénolog, avec une accentuation liée à la moindre participation des radiologues au programme⁷.

Le recul du DO mesuré par Sénolog cumule donc celui enregistré nationalement par Santé publique France, soit 10,3 % et celui lié à la moindre participation, estimé à 12 %. Sur la mammographie de dépistage organisé, le recul constaté par Sénolog est précisément de 20 %, soit 9,7 points de plus que Santé publique France.

En l'absence des données de l'Assurance Maladie, il est intéressant de partir des données de Sénolog sur le DI, dans la tranche d'âge, et de regarder si les mammographies QEQK001 enregistrées par Sénolog suivent la même tendance baissière. La baisse globale est nettement moins prononcée, de l'ordre de 7,9 %.

Une simple règle de trois permet alors de comprendre l'ampleur du report. 5 % de radiologues en moins en 2024 ont engendré 20 % de mammographies de DO en moins et seulement 7,9 % de mammographies de DI.

L'analyse régionale est encore plus explicite. Les 5 régions où le DO recule le plus sont l'Île-de-France, le Grand-Est, la Normandie, les Hauts-de-France et le Centre. Le recul enregistré par Santé publique France est respectivement de 17,7 %, 16,5 %, 15,5 %, 13,3 % et 12,9 %. Sur ces 5 régions, le recul enregistré sur le DI par Sénolog est de moins de 1 %. Trois de ces régions voient même l'activité de DI augmenter (Grand-Est, Nord et Centre).

Il est donc plus que probable qu'on assiste à un transfert, au moins partiel, mais significatif, d'une activité de DO à une activité de DI. L'analyse des données de l'Assurance Maladie, quand elles seront disponibles, permettra certainement de confirmer cette tendance et d'en dégager les causes principales. ●

« IL EST PLUS QUE PROBABLE QU'ON ASSISTE À UN TRANSFERT, AU MOINS PARTIEL, MAIS SIGNIFICATIF, D'UNE ACTIVITÉ DE DO À UNE ACTIVITÉ DE DI »

⁶ Cf Comment étaient suivis les cancers du sein en 2022 ? Une analyse tirée de la base Sénolog, La Lettre du Médecin Radiologue, Octobre 2023.

⁷ Cf Sénolog en 2024, La Lettre du Médecin Radiologue, Septembre 2025.

Sénologie : nouveaux ateliers pratiques avancées

Chers collègues,

Nous comprenons que le temps est une ressource précieuse et que votre aspiration à exceller dans votre domaine ne cesse de croître. C'est pour répondre à ces exigences que nous avons conçu notre programme de Perfectionnement en Sénologie, spécialement adapté aux radiologues désireux d'approfondir leur expertise en mammographie de dépistage.

Rejoignez-nous pour une série d'ateliers pratiques où vous aurez l'opportunité de vous exercer directement sur des consoles de diagnostic avancées. Cette formation est élaborée pour vous offrir une expérience immersive, facilitant une montée en compétence rapide et efficace. Vous travaillerez sur des cas réels, analyserez des images de haute complexité, et échangerez entre confrères.

Nous sommes impatients de vous accueillir et de contribuer ensemble à l'avancement de vos compétences en sénologie. Les places sont limitées, donc n'hésitez pas à sécuriser votre participation dès maintenant pour garantir votre avancement dans ce domaine spécialisé.

Pour plus d'informations et pour vous inscrire, veuillez visiter notre site web (<https://forcomed.org/>) ou nous contacter directement.

Avec tous nos encouragements pour votre développement professionnel continu,

Dr Romain FOUCHER,
responsable pédagogique,
et toute l'équipe FORCOMED

REJOIGNEZ-NOUS POUR UNE SÉRIE
D'ATELIERS PRATIQUES OÙ VOUS AUREZ
L'OPPORTUNITÉ DE VOUS EXERCER
DIRECTEMENT SUR DES CONSOLES DE
DIAGNOSTIC AVANCÉES.



Publication



Produits de contraste en imagerie médicale – Delsevier Masson

Parution de Produits de contraste en imagerie médicale – Optimiser leur utilisation par Philippe Coquel

Les adhérents de la FNMR connaissent bien le **Dr Philippe Coquel** qui est le spécialiste de la Fédération pour les produits de contraste. Il publie régulièrement des articles sur les recommandations relatives aux PdC.

Dans cet ouvrage, il rassemble l'ensemble des informations et des recommandations indispensables à une utilisation rationnelle et économique de ces produits.

Ateliers pratiques avancées pour radiologues



**RADIOLOGUES FORMÉS
POUR LE DÉPISTAGE
ORGANISÉ, SOUHAILANT
SE PERFECTIONNER**



ENSEIGNEMENT PRÉSENTIEL
VENDREDI 7 NOVEMBRE À PARIS



7 HEURES



TARIF 1190 €
(adhérents FNMR : 1050 €)

PERFECTIONNEMENT EN SÉNOLOGIE

Participez à une journée intensive de formation pratique sur des consoles de diagnostic, dans des conditions proches de la réalité.

Vous aurez l'occasion de travailler sur des cas réels couvrant toutes les modalités actuelles : mammographie, échographie, tomosynthèse, IRM, et angio-mammographie. Analysez des images allant du simple au complexe, y compris les images pièges, avec des corrections apportées par des formateurs spécialisés. Ce programme inclut également des opportunités d'échange avec d'autres professionnels.

Les places étant limitées, réservez dès maintenant pour garantir votre participation. Pour plus d'informations et pour vous inscrire, visitez notre site web ou contactez-nous directement. Formation accessible en ligne toute l'année.

UNE FORMATION FORCOMED CONÇUE ET DISPENSÉE PAR :

Dr Romain FOUCHER

Radiologue, référent Sénologie Forcomed



Scannez ce QR code
pour obtenir le lien

FORCOMED
Formations pour les Métiers de la Radiologie

Pertinence Un chantier prioritaire !



Dans une situation budgétaire dégradée, la pertinence des actes radiologiques apparaît comme LA solution pour soigner mieux au moindre coût. Face au tâtonnement des tutelles, concentrées sur les baisses tarifaires, la profession prend position... et formule des propositions.

Un quart des actes médicaux serait non pertinents. Plus ou moins démontrée, cette assertion témoigne de la portée de ce chantier oublié, au moment où se profilent baisses tarifaires et coupes budgétaires de grande ampleur. Une chose est sûre : les incertitudes politiques sont aussi préjudiciables que la dette et le déficit du pays rendent incontournable cette réforme. Face aux transitions démographiques et épidémiologiques, la pertinence devient presque une urgence systémique. La problématique soulève des enjeux économiques, scientifiques et sociétaux, comme le souligne le Pr Alain Luciani, vice-président de la Société Française de Radiologie, qui plaide notamment pour une stratégie fondée sur la « valeur radiologique » afin de garantir des soins efficaces, éthiques et responsables ; le juste recours au juste soin passera naturellement par une véritable éducation de la population.

→ QUATRE MESURES AU CRIBLE

Pour faire avancer le débat public et accélérer l'agenda politique, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues met quatre propositions sur la table (voir encadré). Commentées par des radiologues et « challengées » par des experts, elles ont pour vocation de réconcilier les ambitions et les moyens. Premier constat : la pertinence en radiologie et en imagerie médicale nécessite un encadrement rigoureux des demandes d'exams, un dialogue renforcé entre demandeurs et radiologues, et un accès structuré aux données médicales des patients. En perte de vitesse, le dépistage organisé du cancer du sein doit être modernisé et mieux financé, et celui du poumon rapidement généralisé pour réduire les coûts humains, sociaux et économiques de la maladie. Parmi les impératifs identifiés, le développement des plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP) et de la radiologie

interventionnelle en ville pourraient significativement améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, mais aussi générer des économies durables. Les évolutions décrites supposent toutefois une gouvernance rééquilibrée, la diffusion de solutions numériques partagées et une politique tarifaire cohérente, ne serait-ce que pour financer les investissements nécessaires...

→ UN SUJET POLITIQUE

Autre temps fort de ce dossier : les cinq signataires de la dernière convention médicale se livrent sans concession sur le sujet. Au-delà du constat, chaque centrale syndicale propose trois mesures concrètes pour optimiser la pertinence des soins et des actes médicaux. Trois avancées leur paraissent indispensables : renforcer la formation continue, intégrer des outils d'aide à la décision, voire instaurer des références médicales opposables. En radiologie, cela implique des parcours de soins mieux structurés, une coordination plus étroite entre demandeurs et effecteurs, et une revalorisation de l'expertise clinique. Ces différents leviers permettraient, selon eux, de maximiser la qualité des soins, de rationaliser les ressources humaines et techniques, mais aussi de préserver l'avenir du système de santé, dont la soutenabilité est menacée. En pleine négociation conventionnelle, les responsables syndicaux refusaient encore, début septembre, de signer le nouveau protocole de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale. Ils regrettaient notamment que la « politique du rabot » supplante la recherche de mesures constructives sur la pertinence, mais la CNAM y croit-elle vraiment ? ●

Jonathan ICART

LES QUATRE PROPOSITIONS DE LA FNMR

- **MESURE 1** : encadrer les demandes d'exams radiologiques pour optimiser les parcours de soins et rationaliser les dépenses de santé.
- **MESURE 2** : stimuler le dépistage organisé du cancer du sein et généraliser le dépistage organisé du cancer du poumon pour maximiser les chances de guérison des patients.
- **MESURE 3** : favoriser l'implantation des plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité pour améliorer l'accès aux soins et fluidifier les parcours de santé dans les territoires sous-dotés.
- **MESURE 4** : déployer la radiologie interventionnelle en ville pour démocratiser le progrès technologique et renforcer la qualité des soins.

« Sortir du volume pour entrer dans la valeur »

Dans une interview documentée, Alain Luciani analyse méthodiquement les enjeux scientifiques, économiques et sociaux de la pertinence des examens de radiologie et d'imagerie médicale. Afin de réconcilier les ambitions et les moyens, il prône une stratégie fondée sur la "valeur radiologique" pour garantir des soins efficaces, éthiques et durables. Explications.

→ Le thème de la pertinence figure régulièrement dans les propositions de la profession radiologique, soucieuse d'améliorer la qualité des soins, mais également dans celle des tutelles où sont également incluses des perspectives de maîtrise économique. Quel est l'état actuel des réflexions sur le sujet ?

Le nom même de pertinence est très souvent employé, mais reste parfois mal défini, à la fois dans ses objectifs et dans sa mise en œuvre. On peut considérer que cette thématique émerge dans la première décennie des années 2000, où face à la croissance globale des dépenses de santé, des stratégies, essentiellement portées dans le monde nord-américain, plaident pour le développement d'une approche « value-based » (« médecine de valeur ») en médecine ^[1]. Cette approche s'oppose d'emblée à la notion de médecine « volume based », opposition qui demeure encore aujourd'hui dans les orientations que nous devons prendre collectivement. Appliqué à la radiologie, ce thème est souvent traduit en français sous la dénomination de « pertinence des actes de radiologie ». Il alimente depuis, régulièrement, les discussions autour des projets de loi de financement de la Sécurité sociale ^[2]. Pour Thomas Kwee, si un travail sur la pertinence est indispensable, la définition des objectifs attendus, et surtout une évaluation rigoureuse et fiable des méthodes mises en œuvre pour l'optimiser sont indispensables, et doivent s'intégrer dans des démarches de recherche authentiques ^[3].

→ Quelles sont les subtilités de cet exercice de style ?
Les radiologues sont soumis à la fois à leur volonté

PR ALAIN LUCIANI,
secrétaire général
de la SFR, CHU Henri
Mondor, UPEC, AP-HP



d'agir comme un filtre essentiel sur les demandes – appliquant ainsi pleinement les principes de justification – mais tout en se basant sur des demandes généralement de qualité insuffisante sans que ceci ne soit parfaitement tracé, et sans mesure de correction clairement partagée ^[3]. A titre d'exemple, il apparaît que moins d'un quart des demandes d'examens radiologiques, y compris dans des centres dits d'expertise, sont parfaitement rédigées pour permettre leur juste évaluation ^[4]. Aussi l'évaluation de la pertinence ne saurait reposer uniquement sur une évaluation quantitative des filtres que pourraient

instaurer les radiologues. Par ailleurs, la pertinence doit-elle s'évaluer sur un volume d'actes d'imagerie effectués, sur une corrélation à des guides de référence, voire sur la base du devenir des patients ou de leur accès à des consultations spécialisées, voire à une morbi mortalité secondaire ? En somme, si le terme de pertinence est souvent employé, il recouvre souvent des cibles et des objectifs très hétérogènes.

→ Quelles solutions visant à améliorer ladite « pertinence » ont donc été proposées ?

Les études sur ce thème sont nombreuses en radiologie diagnostique. Les premiers travaux ont visé d'évaluer l'apport des outils d'aide à la demande radiologique (Clinical Decision Support tool) : Palen et coll. ont été les premiers, dans le cadre d'une étude randomisée, à montrer que les guides de référence permettaient d'améliorer de manière significative l'accord des demandes radiologiques qui étaient faites avec les critères de pertinence définis par les guides ^[5]. De manière intéressante, les auteurs rappelaient cependant que, malgré ce bénéfice qualitatif important, la démarche mise en œuvre n'aboutissait pas à une diminution quantitative des actes radiologiques produits, évaluée à titre d'objectif secondaire. Dans une étude plus récente, conduite dans un centre académique, Rosen et coll. ont cherché à comprendre la raison des écarts des demandes radiologiques aux critères de référence portés par les guides ^[6]. De manière intéressante, la qualité des demandes était plutôt meilleure chez de jeunes médecins en formation. Aussi apparaît-il, d'emblée, que la formation et l'actualisation des connaissances sont sans aucun doute un facteur important dans l'appropriation de toute mesure visant à améliorer la qualité des demandes, même avec le recours à des outils numériques.

→ La valeur d'un acte radiologique doit-elle uniquement évaluer par sa fidélité à des recommandations ou à des guides d'aide à la demande ?

Il s'agit d'un point essentiel qu'il nous faut approfondir. Dans une méta-analyse récente, Tsang et collègues, ont évalué 75 études portant sur une évaluation de la pertinence des demandes d'examens radiologiques ^[7]. Dans toutes les études, le résultat des interventions visant à améliorer la pertinence des actes est positif. C'était attendu, mais encore fallait-il le démontrer ! Allons plus loin : les paramètres jugeant de la pertinence sont hétérogènes dans ces travaux. Ceux-ci ont trait à la quantité des actes réalisés, dans la majorité des cas, mais reposent également dans 44 % des cas sur l'évaluation des divergences des actes demandés avec ceux recommandés par les guides de référence, et dans 16 % des cas sur l'exhaustivité des demandes. Il faut d'ailleurs noter que les auteurs rappelaient qu'aucune étude à date n'était en mesure d'évaluer l'impact des mesures de pertinence sur le devenir à moyen terme ou long terme des patients à titre individuel.

→ Devant ces hétérogénéités, peut-on malgré tout dégager des éléments importants pour définir des stratégies visant à améliorer la pertinence de la demande ?

« LE NOM MÊME DE PERTINENCE EST TRÈS SOUVENT EMPLOYÉ, MAIS RESTE PARFOIS MAL DÉFINI, À LA FOIS DANS SES OBJECTIFS ET DANS SA MISE EN ŒUVRE »

Là encore, les données de la littérature sont intéressantes. Pour certains, c'est avec les médecins demandeurs qu'il faut travailler en priorité ^[8] : si la qualité des demandes radiologiques est souvent insuffisante, ceci résulterait principalement d'un manque de temps du demandeur, une sursaturation des informations disponibles, voire des guides de demandes discordants, combinés à des attentes des patients croissantes et parfois très importantes. Dans ce cadre, les actions de formation portées par les médecins radiologues apparaissent déterminantes : c'est ainsi que la combinaison d'interventions multiples associant généralement mise à disposition d'outils numériques en lien avec des guides d'aide à la demande radiologique, politiques volontaristes de formation auprès des demandeurs débutant très tôt dans la formation initiale et renouvelées tout au long de la carrière, et enfin mise en œuvre de temps dédiés possibles de consultations d'avis radiologiques serait la mieux à même d'améliorer en profondeur la qualité des demandes, et la pertinence des actes réalisés ^[7].

→ Toutes ces mesures sont-elles simultanément applicables en France ?

Une chose est sûre : leur mise en œuvre peut avoir des effets bénéfiques. Chen et coll., ont ainsi montré, qu'une telle approche permettrait de réduire d'environ 9,6 % les demandes totales d'imagerie et de 15 % environ les demandes d'IRM concernant les lombalgies aiguës en ambulatoire ^[9]. Certains pays sont allés jusqu'à proposer des approches « par pénalité » visant à pénaliser les demandeurs ou les effecteurs d'actes qui ne respecteraient pas des protocoles de demande structurés. Ceci a été annoncé aux Etats-Unis dès 2014, où, pour les patients relevant de Medicare, les médecins demandeurs devaient fournir la preuve qu'ils avaient consulté un outil qualifié de CDS (équivalent d'ADERIM¹), tout en justifiant d'un éventuel écart aux guides. En l'absence de la preuve de cette consultation du CDS par le demandeur, les médecins radiologues qui réaliseraient les actes, ne recevraient aucun paiement de Medicare pour ce service. Par ailleurs, les médecins demandeurs, dont les demandes s'écarteraient trop souvent des guides de référence, auraient pu être soumis à une autorisation préalable

pour toutes demandes radiologiques dans le futur. Ce plan PAMA (Protecting Access to Medicare Act) Medicare, a cependant été suspendu en novembre 2024, sans avoir véritablement été déployé, devant l'augmentation croissante des refus de prise en soins par les équipes radiologiques. Il est donc très important pour tous de réfléchir si de telles pénalités ne peuvent pas, à terme, aboutir à des inégalités dans l'accès aux soins, et notamment des plus fragiles.

→ Dans ce contexte particulier, quels sont les messages-clés ?

Premièrement, il est important de rappeler que l'amélioration de la pertinence, et l'engagement des médecins radiologues dans ces démarches de qualité, doivent permettre à terme de concentrer nos moyens radiologiques, nos ressources de santé, mais aussi nos ressources énergétiques, vers les patients qui en ont le plus besoin, en limitant l'exposition éventuelle de patients à des examens inutiles : il s'agit en cela d'une démarche éminemment vertueuse et éthique. Mais il faut également rappeler que les soins radiologiques sont soumis, comme d'autres spécialités médicales, à une croissance naturelle des demandes, liée à un vieillissement des populations, au développement croissant de maladies chroniques, à l'amélioration des soins notamment en oncologie, et parfois aussi à une augmentation de la fréquence des examens radiologiques, ne serait-ce que pour permettre l'évaluation précoce de thérapies innovantes et coûteuses.

→ Quels sont les chantiers prioritaires ?

Des actions concrètes doivent être rapidement entreprises. D'abord pour nous positionner clairement sur une stratégie de la « valeur radiologique » par opposition aux stratégies de « croissance en volume seul ». Ensuite, en plaidant pour une politique de mise en œuvre de la pertinence s'appuyant sur le déploiement opérationnel de solutions pour lesquels les radiologues ont déjà largement œuvré :

le déploiement de la demande numérique, permettant d'améliorer la qualité des demandes radiologiques, en rendant indispensables certains critères essentiels pour justifier des demandes d'examen, et ce de manière systématique ; le déploiement dans les outils métiers de notre guide de référence, le guide ADERIM (<https://aderim.radiologie.fr>), porté par notre société savante, la SFR et construit de manière pluridisciplinaire ; le renforcement de programmes de formation à la faculté de médecine, visant les thématiques de pertinence des demandes de radiologie, que le collège des enseignements de radiologie de France est prêt à porter.

→ Quelles sont les conditions de la transformation ?

On le comprend, ces démarches sont loin d'être toutes simples. Le déploiement d'outils numériques est accessible très rapidement, et doit être favorisé par les tutelles. L'amélioration de la formation passe également par l'augmentation de la démographie radiologique accompagnant aussi la croissance de la démographie radiologique académique. Enfin, tout ceci nécessite du temps médecin radiologue et il n'est, dans ce contexte, pas concevable de pouvoir inciter convenablement l'ensemble des radiologues à dégager du temps médecin pour ces démarches vertueuses, alors même que des réductions tarifaires sont annoncées, qui sont, elles, un plaidoyer potentiel pour une approche « volume based ». La radiologie, mais également les tutelles en charge de la politique de santé, sont bien face à des choix majeurs qui impacteront demain la qualité des soins radiologiques en France. De notre côté, suivant notre préoccupation constante de qualité, mais aussi de sécurité des soins, nous devons revendiquer cette approche basée sur la valeur et nous y engageons.

¹ Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale – <https://aderim.radiologie.fr>

RÉFÉRENCES :

- [1] Porter ME (2009) A strategy for health care reform--toward a value-based system. N Engl J Med 361:109–112. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0904131>
- [2] Verzaux L. (2018) Radiologie et pertinence des actes. Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle 1:3. <https://doi.org/10.1016/j.jidi.2018.02.004>
- [3] Kwee TC (2022) Value-based radiology cannot thrive without reforms and research - PubMed. Eur Radiol 4337–4339
- [4] Kasalak Ö, Alnahwi HAA, Dierckx RAJO, et al (2021) Requests for radiologic imaging: Prevalence and determinants of inadequate quality according to RI-RADS. Eur J Radiol 137:109615. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2021.109615>
- [5] Palen TE, Sharpe RE, Shetterly SM, Steiner JF (2019) Randomized Clinical Trial of a Clinical Decision Support Tool for Improving the Appropriateness Scores for Ordering Imaging Studies in Primary and Specialty Care Ambulatory Clinics. AJR Am J Roentgenol 213:1015–1020. <https://doi.org/10.2214/AJR.19.21511>
- [6] Rosen S, Singer C, Vaknin S, et al (2023) Inappropriate CT examinations: how much, who and where? Insights from a clinical decision support system (CDSS) analysis. Eur Radiol 33:7796–7804. <https://doi.org/10.1007/s00330-023-10136-x>
- [7] Tsang CLN, Luong D, Stapleton T (2024) Systematic review of interventions aimed at improving the quality of referrals to radiology. J Med Imaging Radiat Oncol 68:687–695. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.13736>
- [8] Remedios D (2011) Justification: how to get referring physicians involved. Radiat Prot Dosimetry 147:47–51. <https://doi.org/10.1093/rpd/ncr263>
- [9] Chen D, Bhambhani HP, Hom J, et al (2020) Effect of Electronic Clinical Decision Support on Imaging for the Evaluation of Acute Low Back Pain in the Ambulatory Care Setting. World Neurosurg 134:e874–e877. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.11.031>

MESURE 1 RATIONALISER LES DEMANDES D'EXAMENS D'IMAGERIE

« Qualité en amont, pertinence en aval »



Dr Jean-Christophe DELESALLE,
Secrétaire général de la FNMR,
radiologue libéral
à Saint-Martin-Boulogne

La pertinence des actes d'imagerie est menacée par une auto-prescription non encadrée. Jean-Christophe Delesalle dénonce une sémantique trompeuse, des demandes souvent incomplètes et une pression comptable des tutelles. Il plaide pour une réorientation intelligente des examens, un accès structuré aux données patients et une reconnaissance réelle du rôle clinique du radiologue.

→ L'auto-prescription des actes et des examens d'imagerie est-il un facteur de pertinence ? Quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique ?

En préambule, très à cheval sur la sémantique et pour m'occuper de pertinence de longue date tant au niveau national que régional, voilà des années que je me bats contre l'usage du terme de prescription ou d'ordonnance, le médecin radiologue répondant à une demande d'examen. Le terme d'auto-prescription ne concerne donc pas, par définition, les radiologues, mais des actes d'imagerie ou médico-techniques autres (endoscopies, etc.) réalisés par des cliniciens à l'occasion ou au décours d'une consultation. C'est donc potentiellement source de non-pertinence, mais ce serait jeter un discrédit préalable omniprésent dans l'esprit des tutelles, afin de remettre en cause le principe du paiement à l'acte. Je préfère donc pour ma part, concernant les radiologues, le terme de réorientation de la demande d'examen, afin de répondre à la pertinence absolument indispensable pour la bonne prise en charge des patients. Encore faut-il disposer d'une demande de qualité exposant l'intégralité du problème posé (clinique, ancienneté et mode d'installation, antécédents du patient, ses examens complémentaires autres, etc.). Or, force est de constater qu'on est très loin du compte dans notre pratique quotidienne. L'intégration de l'ADERIM¹ dans les logiciels métiers des demandeurs et la demande dématérialisée d'examen prévue dans la vague 3 du Ségur du numérique en santé devraient pallier pour partie cet écueil.

→ Quelles sont vos propositions pour encadrer cette pratique ?

Concernant les auto-prescriptions d'actes d'imagerie non radiologiques, et je pense notamment à l'échographie, dans la mesure où ils rentrent dans l'enveloppe imputée majoritairement aux radiologues dans l'esprit des tutelles, il me paraîtrait logique de lier un acte de consultation avec une échographie pratiquée dans un court laps de temps par le même praticien, et/ou de conditionner sa cotation à la consultation systématique préalable du DMP² afin d'éviter les redondances. Pour ce qui concerne les radiologues, quand un patient a attendu plusieurs semaines ou mois pour avoir un examen d'imagerie, il est difficile de le renvoyer chez lui en lui expliquant que cet examen n'est pas justifié, d'autant que nous ne possédons pas nécessairement toutes les cartes en main sur la demande, comme je l'ai dit précédemment. De même, avec l'accroissement de volume d'activité radiologique (vieillesse de la population, chronicité des pathologies, pression des patients, augmentation des indications en imagerie lourde, etc.), il est rigoureusement impossible de contrôler a priori toutes les demandes comme le voudrait les tutelles jusqu'à nous pénaliser par des indus en cas de non-respect de recommandations non nécessairement validées par la profession. Paradoxalement, voilà plusieurs années que nous avons proposé à la CNAM³ la création d'une lettre clé CCAM⁴ spécifique de consultation radiologique de réorientation de la demande, afin de suivre une telle activité et mesurer les économies ainsi générées. La CNAM nous répond toujours négativement en invoquant des arguments techniques irrecevables s'il y avait une véritable volonté politique de pertinence. Malheureusement, elle n'entend que ses arguments comptables, prend les radiologues pour des boucs émissaires et, au final, n'a aucune considération pour le patient et sa bonne prise en charge.

→ Quels sont les intérêts pour les patients et leur prise en charge ?

Je vois encore régulièrement des demandes non pertinentes exposant pour certaines d'entre-elles à des rayonnements ionisants, d'autres parce que les patients ont pratiqué un examen à l'hôpital mais qu'ils ne l'ont pas récupéré malgré la loi Kouchner 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, d'autres à cause de la technique de l'ouverture systématique du parapluie (l'embolie pulmonaire est le cas typique mais beaucoup d'autres

¹ Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (aderim.radiologie.fr)

² Dossier Médical Partagé

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

⁴ Classification Commune des Actes Médicaux

pathologies sont concernées de peur de « passer à côté de » alors qu'il suffirait d'un peu bon sens clinique et de temporisation). L'accès direct à l'IRM sans préalable écho-radiographique en ostéo-articulaire est scandaleux, alors qu'il suffit souvent à une prise en charge en radiologie interventionnelle simple, tout comme l'absence d'échographie préalable pour l'endométriose. L'usage de la DrimBox voulue par la profession, en particulier la FNMR, va dans le bon sens en permettant le partage des images à partir du DMP.

L'enjeu de la pertinence est majeur : le patient aurait tout à y gagner avec le raccourcissement des délais de rendez-vous et la réalisation de l'acte utile voire nécessaire à sa bonne prise en charge. Encore faut-il que les tutelles reconnaissent le radiologue comme un acteur de soins incontournable et que ses actes soient rémunérés à la hauteur de ceux des autres pays européens, et non pas constamment dévalorisés en pénalisant nos capacités d'investissement dans des outils modernes, y compris l'IA.

« Une urgence clinique ! »



Dr Sébastien THIRIAT,
Vice-Président de la FNMR,
radiologue libéral à Haguenau

Selon Sébastien Thiriât, l'auto-prescription en imagerie peut améliorer la réactivité et fluidifier le parcours de soins, mais elle doit être strictement encadrée. Un modèle collaboratif, qui repose sur des référentiels et des outils numériques partagés, sera essentiel pour garantir la pertinence médicale.

→ L'auto-prescription des actes et des examens d'imagerie est-il facteur de pertinence ? Quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique ?

La demande d'examens d'imagerie peut présenter des avantages, mais à l'unique condition d'être correctement encadrée. Les avantages d'emblée envisageables sont les suivants : la réactivité (parcours indication/examen adapté réduit) et l'optimisation du parcours de soins en réduisant les intermédiaires. Mais ces avantages sont totalement dépendants de la condition princeps : une auto-prescription adaptée doit être encadrée, de manière à répondre aux exigences de connaissances, tant cliniques que techniques, en s'affranchissant au maximum de tout biais. En effet, les dérives possibles sont nombreuses et l'absence d'intermédiaire abolit de facto un contrôle externe. Un processus hors de contrôle peut aboutir à un risque de sur-prescription et le conflit d'intérêts potentiel est évident. Enfin, l'absence de double lecture clinique peut nuire à la pertinence médicale. Un avis externe peut réaxer la recherche sur un axe qui n'aurait pas été envisagé par le clinicien prescripteur ou simplement opter pour un examen davantage adapté à la question posée. En

résumé, l'auto-prescription peut avoir des avantages, notamment en termes d'efficacité du parcours patient, mais à l'unique condition d'être encadrée et réalisée selon des référentiels validés. Dans le cas contraire, elle peut desservir les objectifs fixés, voire nuire à la pertinence.

→ Faut-il réduire les auto-prescriptions pour limiter les examens inutiles ou redondants en imagerie ? Selon quels critères ?

Réduire l'auto-prescription de manière aveugle est contre-productif. Néanmoins, il faut lui apporter un cadre qu'elle n'a pas en raison du circuit court. Il faut que chaque cas fasse l'objet d'une demande écrite établissant la pertinence de l'acte dans le contexte clinique. Chaque examen autoprescrit doit faire l'objet d'un compte rendu répondant à la question posée. Se basant sur ces éléments qui doivent être obligatoires, ces examens devront répondre aux recommandations de la HAS et des sociétés savantes pour être remboursés. Ce type de contrainte réduirait l'auto-prescription aux examens utiles. Mais ceci n'aura d'effet qu'en cas de contrôle, au minimum aléatoire, du bon remplissage de ces obligations.

→ Quelles sont vos propositions pour encadrer cette pratique ? Faut-il promouvoir un modèle hybride plus collaboratif ?

Comme mentionné ci-dessus, l'auto-prescription devra répondre aux mêmes contraintes que les examens demandés à un confrère. Pour rendre ceci efficient, il faudra pousser les logiciels métiers à développer des champs obligatoires à remplir (indication, compte rendu) avant de pouvoir procéder à toute facturation. Le champ indication pourra/devra être aidé par des logiciels d'aide à la prescription et corrélé aux recommandations des sociétés savantes, ADERIM⁵ ... Cet encadrement aura nécessairement un impact vertueux en limitant le recours à l'auto-prescription aux cas pertinents. Cela permettra de pérenniser une pratique qui regroupe nombre d'avantages, en réduisant au maximum les biais de recours.

⁵ Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale - <https://aderim.radiologie.fr/>

MESURE 2 SOUTENIR LES DÉPISTAGES ORGANISÉS

« Il faut valoriser les dépistages organisés »



Dr Brigitte SERADOUR,
Présidente de l'Association
nationale des CRCDC¹

Brigitte Séradour trace des pistes concrètes pour développer les dépistages organisés, dont les bénéfices médico-économiques sont sous-exploités. Les cancers du sein et du poumon sont en première ligne.

→ Comment redynamiser le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, dont la participation demeure insuffisante ?

Le dépistage organisé du cancer du sein se caractérise par une faible participation et de fortes disparités régionales. Les causes de ce phénomène sont multiples, mais les aspects culturels et organisationnels sont prépondérants. Certaines patientes préfèrent le dépistage individuel, souvent plus accessible, notamment dans les zones où les radiologues agréés sont présents. De nombreux cabinets pratiquent un grand nombre de mammographies en dehors du programme organisé, ce qui affaiblit son efficacité et sa visibilité. Plusieurs mesures, simples et efficaces, pourraient probablement redynamiser ce dispositif stratégique : valoriser le dépistage organisé via un système de bonus et de malus, comme un moindre remboursement, pour désinciter le recours au dépistage individuel ; interdire aux radiologues de pratiquer des mammographies s'ils ne participent pas au programme de dépistage organisé ; renforcer le rôle des médecins, en particulier des gynécologues, pour expliquer les avantages du programme (deuxième lecture, qualité, gratuité).

→ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du programme IMPULSION qui doit être lancé cet automne ?

Ce projet de recherche doit permettre de démontrer la faisabilité d'un dépistage organisé du cancer du poumon, dont les bénéfices ont été largement documentés dans plusieurs études internationales. Plusieurs obstacles pourraient néanmoins freiner son efficacité et son adoption. Contrairement au dépistage organisé du cancer du sein, qui repose sur un objectif unique, une méthode claire, une population large et une cible facilement identifiable, ce programme expérimental affiche une double ambition : dépister le cancer du poumon et détecter des maladies broncho-pulmonaires chroniques. Des actions complémentaires, comme un accompagnement au sevrage tabagique, sont

également prévues. Bien que pertinents, ces choix vont néanmoins rendre son organisation, son recrutement et son évaluation plus complexes. Sa visibilité et sa lisibilité pourraient en pâtir, notamment auprès du grand public. Seule certitude : il faudra patienter entre trois et quatre ans avant une éventuelle généralisation du programme IMPULSION.

→ Quels seraient les bénéfices d'un dépistage organisé du cancer du poumon ? Quelle doit être la place des radiologues libéraux dans ce futur dispositif ?

Au regard de son incidence et de sa prévalence, notamment chez les jeunes femmes, le cancer du poumon est devenu un enjeu majeur de santé publique. Un dépistage organisé pourrait réduire la mortalité, mais aussi les coûts économiques et sociaux de la maladie. Il pourrait également améliorer la qualité de vie des patients via une détection précoce des lésions pulmonaires. La participation active des fumeurs et des anciens fumeurs sera un paramètre déterminant pour optimiser les bénéfices décrits. Imagerie oblige, les radiologues occuperont une place centrale dans ce dispositif, mais ils partageront cette responsabilité avec les pneumologues, en fonction des territoires et des disponibilités de chacun. Libéraux ou hospitaliers, tous les acteurs devront se mobiliser pour garantir un accès rapide et équitable aux examens. Les CRCDC seraient en charge du suivi des dépistages positifs.

→ Comment construire une véritable culture du dépistage en France ?

Il faut changer la représentation du dépistage des cancers en France. Cela suppose notamment une communication positive, qui insiste davantage sur les économies réalisées plutôt que sur les coûts engagés. Autre défi critique : les programmes de dépistage organisé sont fragilisés par des réformes successives, des changements de cap fréquents et des réductions budgétaires. Aucune transformation ne sera possible sans une vision politique pérenne et des investissements pluriannuels. Certaines enveloppes, comme celle du Fonds d'intervention régional, doivent être sanctuarisées pour garantir la continuité des actions de prévention, car le désengagement progressif des tutelles décourage de nombreux professionnels, dont les plus jeunes. Redonnons, enfin, des marges de manœuvre aux médecins pour penser et organiser les dispositifs en fonction des besoins et des attentes de leurs patients. La qualité médicale doit rester au centre des dispositifs de dépistages organisés qui ne sont pas de simples programmes d'invitations, mais des programmes de santé publique.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

MESURE 2 SOUTENIR LES DÉPISTAGES ORGANISÉS

Dr Laurent VERZAUX, médecin radiologue au Havre et Directeur général du groupe Vidi : « La prévention est une source pertinente d'économies »



Selon Laurent VERZAUX, le dépistage organisé du cancer du sein souffre d'un pilotage obsolète, d'un manque d'intégration technologique et d'une faible valorisation des actes. Pour améliorer le taux de participation, il plaide notamment pour une gouvernance dédiée, un financement spécifique et une harmonisation des pratiques, afin

de garantir un accès équitable à toutes les femmes.

→ Comment améliorer le taux de participation du dépistage du cancer du sein ? Quels sont les leviers économiques, technologiques et organisationnels ?

L'absence d'évolution du cahier des charges du dépistage du cancer du sein, malgré la recommandation 17 du rapport de l'IGAS de 2022 : « Restructurer le pilotage national en l'intégrant dans la gouvernance de la stratégie décennale et en mettant en place une instance dédiée associant des représentants de l'ensemble des acteurs nationaux et régionaux », participe sans doute des difficultés actuellement rencontrées. La non-intégration des évolutions technologiques, tomosynthèse, intelligence artificielle et dématérialisation, sont autant de retards préjudiciables

à l'amélioration de l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein, sans oublier bien sûr l'absence de revalorisation de l'acte tant de première que de deuxième lecture. Faut-il rappeler que les prix d'un mammographe et des contrats de maintenance ont triplé en vingt ans, alors que la valeur de l'acte est restée à 66,42 euros et la seconde lecture à 4 euros.

→ Comment construire une véritable culture du dépistage en France ? Faut-il créer une enveloppe de financement dédiée ?

La prévention est une source pertinente d'économies. Face au mur démographique qui se rapproche, il devient urgent d'activer ce levier ; 26 % des Français seront en ALD et participeront à 75 % des dépenses de santé en 2035 ! L'efficacité des dépistages et de la prévention doit donc être une priorité nationale. Dans le contexte économique actuel, la création d'une enveloppe de financement dédié intégrant un forfait innovation, au-delà de la nécessaire revalorisation des actes de sénologie, est incontournable. Ce sont les conditions qui permettront d'attendre de la profession un engagement plus fort encore d'harmonisation des pratiques entre dépistage individuel et organisé sur l'ensemble du territoire, ce qui favorisera un égal accès des femmes de la tranche d'âge visée sans discrimination.

Dr Laurent PETYT, radiologue libéral à Beuvry : « Un investissement d'avenir ! »



Selon Laurent PETYT, le futur dépistage organisé du cancer du poumon nécessitera une enveloppe de financement dédiée, mais aussi une politique tarifaire claire et cohérente. Deux conditions décisives pour garantir la mobilisation des radiologues et l'équité du dispositif.

→ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du programme IMPULSION qui doit être lancé en septembre ?

Le programme IMPULSION est une étude expérimentale ayant pour but d'évaluer la faisabilité d'un dépistage du cancer du poumon en population générale. Il s'agit donc d'une étude de recherche avant le passage au stade de dépistage organisé national. Cette étude inclura 20 000 participants entre 2025 et 2026... et les suivra durant trois ans. Les personnes éligibles sont âgées entre 50 et 74 ans, avec un tabagisme estimé à 20 paquets par an. Autre caractéristique notable : les conseils d'aide au sevrage tabagique font partie intégrante de cette étude.

→ Quels seraient les bénéfices d'un dépistage organisé du cancer du poumon ? Quelle doit être la place des radiologues libéraux dans ce futur dispositif ?

Plusieurs études ont démontré que le dépistage organisé du cancer du poumon par scanner faible dose contribue non seulement à diminuer la mortalité globale toutes causes confondues, mais également la mortalité spécifique liée au cancer bronchique. La première phase d'étude concerne donc 20 000 personnes sur cinq régions pilotes. Par la suite, le dépistage concernera environ quatre millions de personnes, ce qui nécessitera un grand nombre de radiologues libéraux et publics. A noter : les radiologues bénéficient de la formation spécifique SFR/Forcomed.

→ Comment construire une véritable culture du dépistage en France ? Faut-il créer une enveloppe de financement dédiée ?

Les examens de scanographie effectués dans le cadre du dépistage du cancer du poumon, pour cette première phase d'étude, seront hors décompte des forfaits techniques habituels. En revanche, la cotation des forfaits techniques se fera au tarif habituel en forfait plein. Une enveloppe dédiée est probablement nécessaire, surtout en cette période où les tutelles demandent au radiologue de participer activement à toutes les campagnes de dépistage du sein et du poumon, et nous reprochent, dans le même temps, le coût de l'imagerie pour l'Assurance Maladie...

MESURE 3 DÉVELOPPER LES PIMAP

« Un modèle innovant qui permet de conjuguer accessibilité et attractivité »



Dr Eric CHEVALLIER,
radiologue libéral à Vannes
Vice-Président FNMR
Président FNMR Bretagne

En qualité de porteur de projet, Eric Chevallier évoque les freins et les leviers du développement des plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité. Ralenti par le manque de soutien des tutelles, mais aussi par des difficultés économiques et humaines, leur expansion suppose « un cadre territorial clair et des financements adaptés ».

→ Quels sont les principaux bénéfices apportés par les plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP), notamment sur le plan médico-économique ?

Implantés dans des zones déficitaires, ces nouveaux plateaux complets d'imagerie médicale (avec équipements lourds) apportent un grand bénéfice aux patients, avec un service médical de qualité optimale à proximité de leur domicile. Ils facilitent également l'exercice professionnel des autres disciplines médicales ou paramédicales, qui tendent à s'installer autour des PIMAP, qui constituent donc la base d'un écosystème de santé pluridisciplinaire. On peut les comparer à des massifs coralliens autour desquels se développe tout un espace de vie. Ils rendent plus attractives, sur le plan médical, des zones sous-dotées et, par ricochet, ont un retentissement positif pour la population générale en améliorant l'attractivité globale et la qualité de vie du territoire. C'est plus satisfaisant que les mesures coercitives aveugles voulues par les politiques.

→ Le renforcement des PIMAP peut-il permettre d'améliorer la prévention et le dépistage dans les territoires ?

La facilitation de l'accès à l'imagerie médicale de qualité ne peut qu'améliorer les dispositifs de prévention, en particulier de dépistage du cancer du sein. Cette solution est nettement plus pertinente que les Mammobiles, car elle permet de réaliser facilement des clichés de qualité dans des bonnes conditions techniques, avec un médecin radiologue sur place réalisant l'examen clinique de façon systématique, et l'échographie complémentaire de façon synchrone si nécessaire. La disponibilité accrue

du scanner facilitera également le dépistage du cancer du poumon, avec une augmentation très significative de la survie. La France est nettement en retard dans ce domaine.

→ Régulation et implantation territoriale, ressources humaines limitées, interopérabilité des systèmes d'information... Quels sont les principaux freins au développement de ce modèle ?

Les pouvoirs publics ne sont pas toujours convaincus de l'intérêt de ce nouveau concept pour des raisons que l'on explique mal. La difficulté de recruter de nouveaux associés est également un frein important. Les nouvelles mesures discriminatoires contre la radiologie libérale ne vont pas améliorer les choses, avec un intérêt toujours décroissant pour la médecine libérale dans son ensemble, organisé méthodiquement par les pouvoirs publics. Concernant les systèmes d'information et d'interopérabilité, il faut prévoir le recrutement d'un informaticien à temps plein en raison de la complexité du réseau, ce qui est difficile pour une petite structure. Les PIMAP sont donc plus faciles à développer pour des groupes importants. Autre contrainte forte : les difficultés économiques actuelles rendent nettement plus frileux les promoteurs immobiliers et les banquiers. Sans parler du coût de la construction et du matériel, financé par nos actes médicaux, continuellement dévalorisés depuis vingt-trente ans, avec encore de nouvelles perspectives de dégradation sans limitation dans le temps. Il faut une bonne dose de motivation et de courage pour continuer à investir en radiologie après les propos insultants de l'IGAS, de l'IGF, de la CNAM ou de la ministre Catherine Vautrin qui nous considèrent officiellement comme des rentiers... avec les menaces qui en découlent. Il est plus confortable d'être prestataire pour une société de téléradiologie ou d'avoir un emploi salarié plutôt que de se lancer dans une entreprise avec des investissements lourds sans la moindre visibilité et avec des perspectives toujours plus décourageantes.

→ Comment convaincre les tutelles de délivrer des autorisations supplémentaires pour favoriser leur implantation dans les territoires les plus reculés ? Selon quels critères ?

Il faut apporter à l'ARS des données concernant l'évolution démographique des zones sous-dotées (afflux de population venant de région parisienne en période post Covid-19 par exemple) sans accès à l'imagerie médicale de proximité, établir un bilan prévisionnel de l'activité et montrer que les pôles existants sont saturés, en partie par des patients provenant des zones sous-dotées à une distance parfois importante. Il faut, bien sûr, être en capacité humaine d'assurer le projet. L'écoute varie beaucoup d'une ARS à l'autre.

« Une réponse pertinente pour rapprocher l'offre de soins des citoyens »



Gil AVÉROUS,
Président de Villes de France
et maire de Châteauroux

Selon Gil Avérous, le développement des plateaux d'imagerie médicale de proximité serait une solution pertinente pour fluidifier les parcours de soins dans les territoires sous-dotés, sans alléger le coût global du système de santé. Leur déploiement est toutefois freiné par des procédures d'autorisation complexes, un manque de professionnels qualifiés et des systèmes d'information peu interopérables.

« Dans nos villes moyennes, l'accès aux soins est un marqueur essentiel du lien entre les habitants et leur territoire. Si le cœur de la politique de santé publique reste national, la réalité des territoires impose de développer des solutions de proximité. Parmi elles, les plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP) constituent une réponse pertinente pour rapprocher l'offre de soins des citoyens.

Dans des villes de 10 000 à 100 000 habitants où l'offre hospitalière est parfois distante ou en tension, ces structures permettent de réduire les délais de diagnostic et d'éviter aux patients des trajets longs vers les grands centres hospitaliers. Pour les familles, les actifs, les personnes âgées ou les publics moins mobiles, c'est une condition essentielle pour un parcours de soins fluide.

En facilitant la réalisation d'examens sur place, ces plateaux contribuent à désengorger les établissements hospitaliers et à limiter les hospitalisations évitables, ce qui allège le coût global du système de santé. Le développement des soins de proximité est d'ailleurs l'un des axes du plan « Ma Santé 2022 » qui promeut la structuration de l'offre médicale autour des bassins de vie.

En outre, ces équipements peuvent jouer un rôle majeur dans le dépistage et la prévention. Dans des territoires où l'offre médicale spécialisée — dont

« LES PLATEAUX D'IMAGERIE MÉDICALE AMBULATOIRE DE PROXIMITÉ FAVORISENT L'ACCÈS AUX EXAMENS DE PRÉVENTION COMME LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN OU, DEMAIN, CELUI DU POUMON »

l'imagerie fait partie — se raréfie, l'implantation de PIMAP favorise l'accès aux examens de prévention comme le dépistage organisé du cancer du sein ou, demain, celui du poumon. Des diagnostics précoces qui peuvent changer le pronostic vital.

Cependant, plusieurs freins ralentissent leur développement. Le premier, c'est le régime d'autorisations, souvent perçu comme complexe et rigide alors qu'un assouplissement ciblé pourrait permettre de mieux répondre aux besoins des territoires sous-dotés. Le second, ce sont les ressources humaines : pour fonctionner, ces plateaux ont besoin de professionnels qualifiés, souvent difficiles à attirer hors des grandes villes. Enfin, l'interopérabilité des systèmes d'information et la nécessité de travailler en lien avec les établissements hospitaliers compliquent la mise en réseau et la fluidité des parcours de soins.

Il est donc essentiel que les pouvoirs publics soutiennent ce modèle en posant des critères d'implantation adaptés : priorité donnée aux territoires identifiés comme sous-dotés, démarches administratives simplifiées et accompagnement des professionnels dans leur installation. L'outil CartoSanté permet de visualiser la densité des professionnels de santé par territoire et pourrait servir de base à ces décisions.

Nous, élus des villes moyennes, sommes prêts à être des facilitateurs par la mise à disposition de locaux, l'accompagnement logistique ou encore la création de partenariats. Mais pour que cela fonctionne, il faut que les règles du jeu soient claires et qu'elles répondent aux besoins réels des bassins de vie et pas uniquement aux logiques des grandes métropoles. Le maintien et le développement de l'offre de soins de proximité est une question d'équité, de cohésion sociale mais aussi de dynamisme territorial. Nous en faisons une priorité pour nos communes. » ●

MESURE 4 DÉPLOYER LA RI EN VILLE

« Une pratique efficiente dans la durée »



Dr Sébastien NOVELLAS,
radiologue libéral à Saint-Laurent-du-Var

Sébastien Novellas détaille les nombreuses perspectives offertes par le développement de la radiologie interventionnelle en ville. Une pratique innovante qui, malgré les investissements requis, produira des économies et des bénéfices durables pour le système de santé.

La radiologie interventionnelle en pratique libérale est une opportunité pour toutes les structures d'imagerie qui veulent se rendre indispensables aux patients et à leurs correspondants. Il s'agit d'une offre de soins complémentaire à l'activité diagnostique permettant de nouer des liens nouveaux avec le tissu médical d'un bassin de population. Cette offre peut s'articuler intelligemment et sans difficulté avec l'offre diagnostique pour favoriser la construction de parcours de soins accélérés qui augmentent la qualité et la pertinence de l'imagerie médicale. Par ailleurs, c'est un moyen pour une entreprise libérale de diversifier ses revenus, mais aussi d'assurer une voie de renouvellement générationnelle par le recrutement de profils spécialisés et qualitatifs.

Les risques habituels de cette activité sont principalement liés à de potentielles mises en cause, en cas de défaut d'informations ou de complications lors de procédures interventionnelles. Notons cependant que l'activité diagnostique est déjà largement concernée par cette problématique. La mise en place d'un parcours clair de consultations, d'hospitalisations et d'examens de contrôle permet d'en limiter l'impact. Le véritable risque serait plutôt de ne pas saisir à bras le corps ce type de projet médical, et de laisser les techniques échapper au champ de la radiologie pour être pratiquées par d'autres spécialités qui auront su s'organiser mieux et plus vite.

→ DES OPPORTUNITÉS MULTIPLES

De multiples procédures peuvent se faire au cours d'une simple hospitalisation ambulatoire. Cela peut concerner la pratique oncologique avec de nombreuses biopsies viscérales – hépatique, rénale, pulmonaire ou abdominale profonde – ou encore la pose de cathéter de chimiothérapie. La pathologie vasculaire est également un grand champ de développement

avec les embolisations de varicocèle, de fibromes, de varices pelviennes, de prostate ou d'hémorroïdes. Enfin, la pathologie ostéo-articulaire avec l'acte emblématique et fréquent de cimentoplastie se prête très bien à ce type de prise en charge. Selon les centres, les entretiens de fistule artérioveineuse de dialyse, les angiographies diagnostiques ou les gestes viscéraux de néphrostomies, pose de JJ et bien d'autres gestes viendront compléter le répertoire d'une offre élargie.

→ UNE APPROCHE COMPLÉMENTAIRE

On a souvent tendance à voir le développement de la RI comme concurrentiel avec les indications chirurgicales. Bien entendu, c'est le cas quand nous faisons et développons une indication à la place d'un geste chirurgical (varicocèle, embolisation de fibromes...). Mais il existe de nombreuses pathologies bénignes récidivantes, malgré la pratique d'actes chirurgicaux ou sans proposition chirurgicale adaptée (embolisation d'hémorroïdes, de varices pelviennes ou dans le cadre de dysfonction érectile d'origine veineuse...). Nos collègues chirurgiens ne se sentent pas lésés et sont, au contraire, satisfaits de pouvoir proposer à leurs patients une alternative avec une équipe de RI de proximité qui leur permettra aussi de garder la patientèle dans leur giron. N'opposons pas systématiquement les solutions thérapeutiques, mais participons à créer des centres d'excellence au sein desquels toutes les solutions sont présentes et le choix se fait à la carte pour chaque patient.

→ FRANCHIR LE DERNIER KILOMÈTRE !

Les tutelles doivent regarder la situation en face et sortir d'un entre-soi mortifère. Cela fait vingt ans que je pratique des thermo-ablations hépatiques avec un haut service rendu au patient pour un acte HLNK001 à 76,80 euros. Il a fallu vaincre la résistance des spécialités chirurgicales pour prouver l'équivalence de ce traitement à l'option chirurgicale sur de larges études méthodologiquement inattaquables. Il nous faut maintenant convaincre à nouveau les tutelles qu'une prise en charge peu invasive, peu souvent compliquée, qui améliore survie et qualité de vie du patient, mérite une meilleure cotation pour les radiologues et une meilleure description de GHS¹ pour les établissements de santé. Les économies de santé à long terme s'obtiennent par des changements à court terme, qui exigent un investissement et une revalorisation rapide des actes innovants et pertinents. On pourrait faire l'analogie avec la médecine préventive, parent pauvre de notre médecine moderne. Mais sommes-nous encore un pays innovant et capable de ses ambitions ? ●

¹ Groupement Homogène de Séjour

Dépistage du cancer du sein des femmes à risque très élevé



RADIOLOGUE,
MANIPULATEUR



ENSEIGNEMENT EN LIGNE
ACCESSIBLE
IMMÉDIATEMENT



2 HEURES



229 EUROS

724

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN À TRÈS HAUT RISQUE : SOYEZ PRÉCIS, SOYEZ PRÊTS

Ce module vous guide dans les protocoles spécifiques aux patientes à risque très élevé, de l'indication IRM à la stratégie de suivi. Vous gagnez en clarté sur les recommandations et en assurance dans vos décisions. Une formation indispensable pour répondre à une demande en forte croissance.

Cette formation interactive repose sur une série de vidéos commentées par un formateur expert, radiologue spécialiste des centres de lutte contre le cancer. **Un forum dédié est à votre disposition pour poser vos questions**, échanger vos idées et interagir avec le formateur ainsi qu'avec les autres participants. Ce format flexible vous permet d'apprendre à votre rythme, de revoir les vidéos autant de fois que nécessaire et de profiter pleinement de cet espace collaboratif.

DÉROULÉ DE LA FORMATION

- 1 : Introduction
- 2 : Plan - Définitions
- 3 : Le risque familial
- 4 : Modalités du dépistage des femmes à risque très élevé : 1^{ère} partie
- 5 : Modalités du dépistage des femmes à risque très élevé : 2nde partie
- 6 : Bonnes pratiques pour un dépistage optimal des femmes à risque très élevé
- 7 : Rehaussement matriciel : ACR2 ou 3 ?
- 8 : Masse ou focus ? Gestion ?
- 9 : ACR3 gestion
- 10 : ACR4 ou 5 - Confrontation radio-histologique - 1^{ère} partie
- 11 : ACR4 ou 5 - Confrontation radio-histologique - 2nde partie

FORMATRICE :

Dr Isabelle DOUTRIAUX-DUMOULIN,
médecin radiologue spécialiste des centres
de lutte contre le cancer

Pertinence des actes Un changement de mentalité !

Les cinq signataires de la dernière convention médicale proposent leurs solutions pour améliorer la pertinence des actes et des examens médicaux, notamment dans le domaine de la radiologie. Une problématique médicale, économique et sociétale qui interroge la pérennité du système de santé.

« ANTICIPER ET GARANTIR UNE MÉDECINE DURABLE »



Dr Patrick GASSER,
Président d'Avenir Spé

Renforcer la formation médicale continue : « La formation continue est le meilleur moyen de définir ce que doivent être les bonnes pratiques médicales. Une certification obligatoire pourrait être facilement et rapidement mise en œuvre, mais les interminables discussions sur les responsabilités des uns et des autres freinent son déploiement, en dépit des outils existants. Guides méthodologiques, revues de pratiques, réunions de concertation pluridisciplinaire, analyses internes dans les établissements de soins... Plusieurs dispositifs permettent non seulement de diffuser les bonnes pratiques, mais également de les ancrer durablement dans les usages professionnels. Adossée à ces mécanismes, la certification devient un levier stratégique pour structurer les parcours de soins et renforcer la pertinence des actes. »

Développer les outils d'aide à la décision : « Les outils d'aide à la décision, notamment ceux basés sur l'intelligence artificielle, apparaissent comme une solution incontournable pour améliorer la pertinence des soins et la prise en charge des patients. Malgré les initiatives comme celle de Doctolib, qui intègre déjà des fonctions de hiérarchisation des consultations, leur diffusion dans les cabinets demeure marginale. Ces technologies permettraient pourtant de prioriser les cas urgents, d'orienter les examens selon les situations cliniques et d'optimiser les décisions médicales. Le retard technologique des logiciels métiers ralentit leur adoption, alors que leur développement pourrait être rapide. Il est urgent de dépasser les procédures classiques, y compris celles de la Haute Autorité de Santé, pour accélérer leur intégration dans les pratiques. »

Instaurer des références médicales opposables : « Un chiffre symbolique résume la nature des enjeux : un quart, voire un tiers, des actes médicaux ne seraient pas pertinents. Il faut donc instaurer des références médicales opposables et conditionner le remboursement des examens à leur justification clinique. Si un acte est jugé inapproprié, il ne devrait plus être pris en charge par l'Assurance Maladie, et des indus pourraient être légitimement réclamés aux prescripteurs et aux effecteurs. Les patients devront également être responsabilisés. Si certains insistent pour obtenir des examens non indiqués, ils devront en assumer les conséquences et les coûts. Cette acculturation à la pertinence doit être systémique. Au-delà de la seule maîtrise des dépenses, le premier défi sera de préserver l'avenir du système de santé, en libérant des ressources pour financer les innovations thérapeutiques, notamment dans les maladies chroniques. Agir sur la non-pertinence, c'est anticiper et garantir une médecine durable. »

CETTE ACCULTURATION À LA
PERTINENCE DOIT ÊTRE SYSTÉMATIQUE

« BÂTIR UNE VÉRITABLE CULTURE DE LA PERTINENCE »



Dr Franck DEVULDER,
Président de la CSMF

S'inscrire dans une démarche de pertinence, c'est se doter d'un véritable levier d'amélioration de l'accès aux soins dans des délais compatibles avec les contraintes économiques, tout en optimisant le coût de certaines prises en charge. C'est aussi un moyen permettant de tourner le dos à un politique du coup de rabot et aux baisses unilatérales des tarifs par l'Assurance Maladie. La démarche de pertinence doit être expliquée et comprise par les médecins, les patients mais aussi tous les acteurs du parcours de soins. L'objectif n'est pas de punir ou de stigmatiser. Il s'agit de se doter des outils permettant d'entrer dans le cercle vertueux de l'optimisation des pratiques. Evoquer la pertinence et la qualité des soins nécessite de la valoriser. C'est par cette gratification que nous sortirons du consumérisme médical pour payer à son juste prix une médecine pertinente et de qualité. Dans le cadre de la réflexion collective sur la pertinence des soins et des actes médicaux, la CSMF souhaite partager trois propositions concrètes, classées par ordre de priorité. Chacune vise à concilier qualité, efficacité et confiance, en s'appuyant sur la responsabilité des professionnels.

Renforcer la formation et l'évaluation continue en radiologie : « La radiologie est au cœur des parcours diagnostiques, mais la hausse du volume d'examens impose de veiller à la pertinence. La formation initiale et continue des médecins demandeurs et des radiologues doit insister sur l'indication des examens et sur leur rapport bénéfices/risques, notamment en matière d'irradiation. Les recommandations professionnelles doivent être mieux diffusées et intégrées dans le quotidien, par des supports pédagogiques et des retours d'expérience concrets. L'évaluation régulière des pratiques, à travers des audits internes ou des démarches qualité, permet de limiter les examens redondants et d'améliorer l'adéquation entre demande clinique et réponse radiologique. Des échanges structurés entre correspondants dans une logique de concertation et non de contrainte, conservent cette culture partagée de la pertinence. Enfin, la reconnaissance institutionnelle de ces efforts est indispensable pour faire de la pertinence radiologique une valeur centrale, au bénéfice du patient comme de la collectivité. »

Développer des outils numériques d'aide à la décision adaptés : « Les outils numériques représentent une opportunité majeure pour améliorer la pertinence des actes radiologiques. Intégrés aux logiciels métiers et de

POUR FAVORISER LA PERTINENCE, IL EST ESSENTIEL DE VALORISER L'ACTE RADIOLOGIQUE NON SEULEMENT POUR L'IMAGERIE PRODUITE, MAIS AUSSI POUR LE RÔLE D'EXPERT DU RADIOLOGUE DANS L'INDICATION ET L'INTERPRÉTATION

radiologie, ils aideront les médecins à choisir l'examen le plus approprié en fonction du contexte clinique, des recommandations validées et des caractéristiques du patient (âge, résidence, exposition cumulative aux rayonnements). Ces systèmes doivent rester des aides, et non des contraintes, pour préserver la responsabilité du radiologue. Leur efficacité repose sur une conception transparente, validée par les sociétés savantes, et sur une évolution permanente grâce à l'intelligence artificielle sous supervision médicale. Ces outils doivent être simples, ergonomiques et fluides, afin de ne pas alourdir le travail quotidien. La co-construction avec les radiologues et leurs correspondants est indispensable pour assurer leur adoption. En associant expertise humaine et intelligence numérique, la radiologie pourra garantir la pertinence et la sécurité des examens proposés. »

Aligner les incitations organisationnelles et économiques : « La radiologie est parfois confrontée à des demandes d'examens répétées ou inadaptées, liées à des délais d'accès, à des parcours mal coordonnés ou à une valorisation insuffisante de l'expertise médicale. Pour favoriser la pertinence, il est essentiel de valoriser l'acte radiologique non seulement pour l'imagerie produite, mais aussi pour le rôle d'expert du radiologue dans l'indication et l'interprétation. Le financement doit reconnaître les actes complexes et leur valeur ajoutée, plutôt que de reposer uniquement sur le volume. L'organisation des parcours doit permettre un meilleur partage d'information entre les radiologues et leurs correspondants, afin d'éviter les redondances et d'optimiser les ressources. Enfin, les indicateurs de pertinence développés avec les sociétés savantes doivent être privilégiés, pour mesurer la qualité réelle des pratiques. En fournissant la pertinence au cœur de la valorisation de la radiologie, le système améliore à la fois son efficacité et la confiance des patients. »

« RATIONALISER LES ACTES ET LES PARCOURS »



Dr Patricia LEFÉBURE,
Présidente de la FMF

Rétablir un parcours de soins en radiologie : « Du fait de nombreux intermédiaires, le radiologue ne voit plus obligatoirement le patient et ne possède pas toujours les informations nécessaires à l'indication et à la meilleure interprétation des examens. Il peut en découler des examens inutiles, redondants, ainsi que des conflits entre le patient demandeur, le médecin prescripteur¹, et le radiologue. La FMF propose trois solutions concrètes : l'élaboration commune, entre médecins prescripteurs et radiologues, de formulaires de demandes d'examen comportant les renseignements nécessaires, intégrés aux logiciels médicaux et apparaissant pour toute "prescription" d'imagerie ; l'intégration dans les logiciels de prescriptions du "Guide du bon usage" mis à disposition par la Société Française de Radiologie²; la création d'équipes de soins spécialisées en radiologie pour donner des avis en télé-expertise sur l'indication d'examens en fonction des situations cliniques apportées par les médecins prescripteurs. »

Associer les examens complémentaires nécessaires :

« De nombreuses situations cliniques requièrent une double imagerie, soit d'emblée (exemple : radios + échographie après un traumatisme articulaire), soit après un premier examen sans anomalie visible

(exemple : radios puis IRM en cas de suspicion de lésion méniscale du genou). Mais du fait de l'interdiction d'une double tarification à taux plein le même jour, le patient doit revenir ultérieurement, souvent après une autre consultation chez son médecin qui demandera alors le deuxième examen. Il en résulte une perte de temps, des déplacements supplémentaires, des prolongations d'arrêts de travail, des consultations inutiles. Le radiologue devrait pouvoir réaliser le deuxième examen immédiatement si cela est techniquement possible. »

Savoir arrêter les traitements : « Les patients évoluent, les pathologies aussi. Il arrive souvent que des traitements deviennent plus toxiques que bénéfiques, notamment avec l'âge. Mais il est beaucoup plus ardu de l'expliquer au patient que de renouveler les médicaments. Une consultation spécifique de "déprescription" est prévue pour les médecins traitants à partir de 2026. Il faudrait l'étendre à toute spécialité amenée à suivre des patients au long cours. Avec un focus sur les oncologues, qui sont amenés à prescrire de nouvelles "lignes" de chimiothérapies, coûteuses et porteuses de nombreux effets secondaires, lorsque la précédente ne fonctionne plus. A un certain stade, il s'agit d'une obstination déraisonnable, mais l'expliquer au patient est un lourd travail, intellectuel et affectif. Dans cette situation, l'oncologue devrait pouvoir bénéficier du même tarif qu'une consultation d'annonce pour l'inciter à déprescrire. »

¹ NDLR : Rappelons que le médecin radiologue n'est pas prescrit.

² Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM) – aderim.radiologie.fr/

« REDONNER DE LA COHÉRENCE À L'ENSEMBLE DU SYSTÈME »



Dr Agnès GIANNOTTI,
Présidente de MG France

Respecter les indications : « La première condition de la pertinence, c'est la justesse de l'indication. Cela suppose un raisonnement clinique fondé, une bonne connaissance des recommandations et,

surtout, un dialogue entre le médecin prescripteur³ et le radiologue. Respecter les indications, c'est éviter les examens redondants, inutiles ou prématurés. C'est aussi accepter de dire "non" lorsqu'un examen n'apporte pas d'information utile pour le patient. Pour cela, il est nécessaire de promouvoir les outils d'aide à la prescription d'examens d'imagerie comme ADERIM et d'animer, à l'échelle des territoires, des temps d'échange entre pairs, radiologues et médecins généralistes, autour des recommandations de bonne pratique. Cette diffusion des bonnes pratiques ne doit toutefois pas se traduire par une charge administrative supplémentaire ou par une complexification des outils numériques, qui viendraient pénaliser l'exercice du médecin traitant. »

Lutter contre le morcellement des actes : « La multiplication des actes isolés nuit à la qualité et à la pertinence des soins. Un acte d'imagerie n'est pas une pièce détachée du parcours et de l'histoire médicale du patient. Le découpage des actes de radiologie, souvent dicté par des logiques tarifaires, fragmente la décision et engendre des coûts inutiles. Il faut encourager la réalisation, lorsqu'elle est techniquement possible, de plusieurs actes le même jour, ce qui est d'autant plus important que les patients ont une mobilité réduite. Il est également fondamental de renforcer la place du médecin traitant, garant du suivi longitudinal du patient. Respecter le parcours de soins, c'est redonner de la cohérence à l'ensemble du système. »

Miser sur la compétence clinique du radiologue : « Le radiologue n'est pas un technicien de l'image, mais un médecin clinicien à part entière. Il participe pleinement à la chaîne de décision diagnostique et thérapeutique.

Trop souvent cantonné à la seule interprétation d'examens, son rôle médical mérite d'être pleinement réinvesti. Cela implique un exercice plus incarné : analyse préalable de l'indication, accueil du patient, explication des résultats, et, le cas échéant, prescription d'examens complémentaires. Le radiologue doit aussi pouvoir exercer pleinement sa fonction de régulation, en interrogeant la pertinence des demandes qui lui sont adressées. Ce recentrage sur la dimension clinique du métier est une condition essentielle d'un usage plus pertinent de l'imagerie. »

³ NDLR : Rappelons que le médecin radiologue n'est pas prescripteur.

« MISER SUR LA CONCERTATION MÉDICALE »



Dr Sophie BAUER,
Présidente du SML

Développer le lien confraternel entre demandeurs et effecteurs : « L'imagerie médicale est incontournable dans le diagnostic, le pronostic et le suivi de nombreuses pathologies. Afin de demander l'examen le plus pertinent à l'instant T, l'exposé de l'anamnèse, des données de l'examen clinique, ainsi que l'objectif de l'examen, permettent de mieux cibler les attendus. Un lien confraternel est indispensable entre le médecin demandeur de l'examen et le médecin radiologue, qui pourra exercer pleinement son expertise dans l'intérêt des patients. Outre une qualité et une sécurité des soins améliorées, ce sera également un puissant levier d'économies pour le système de santé. »

Financer le progrès technologique pour gagner en précision et en rapidité : « Les avancées technologiques permettent d'obtenir une imagerie de plus en plus contributive, souvent avec une exposition moindre aux radiations ionisantes. L'innovation est capitale pour l'avenir de l'imagerie, qu'elle soit diagnostique ou interventionnelle, et la capacité d'investissement des radiologues et des autres médecins qui l'utilisent doit être préservée dans l'intérêt des patients. Dans un but d'amélioration des pratiques, il convient de diversifier et d'augmenter le parc des équipements lourds d'imagerie, afin que les pathologies dont souffrent les patients puissent être dépistées, diagnostiquées et suivies de façon optimale. »

Replacer les cabinets médicaux au cœur des parcours de soins : « Les médecins ont les compétences, acquises par leurs études et non décrétées par texte de loi, pour diagnostiquer les maladies et prescrire les traitements adéquats. Il faut éradiquer les parcours de santé qui contournent les cabinets médicaux, sous peine de créer une médecine à deux vitesses. La crise de la démographie médicale ne justifie pas toutes les dérives observées ! »

L'INNOVATION EST CAPITALE POUR
L'AVENIR DE L'IMAGERIE QU'ELLE SOIT
DIAGNOSTIQUE OU INTERVENTIONNELLE,
ET LA CAPACITÉ D'INVESTISSEMENT...
DOIT ÊTRE PRÉSERVÉE DANS L'INTÉRÊT
DES PATIENTS

« LE MYSTERE MOZART » au college des bernardins

Musiciens, acteurs et spectacle visuel viennent donner vie à l'œuvre de Mozart dans un spectacle immersif au centre de Paris. Le Collège des Bernardins devient une scène où la musique du génie est sublimée comme nulle part ailleurs pendant un peu plus d'une heure.

Jusqu'au 28 novembre 2025.

🌐 www.lemysteremozart.fr



EGLISE SAINTE-THÉRÈSE À WATTRELOS



Le dimanche matin à Wattrelos, près de la frontière belge c'est jour de marché. Derrière les étalages, les portes de l'église s'ouvrent, aux fidèles et aux curieux. Inspiré du culte de Sainte Thérèse, le thème de la rose se marie au style Art déco du bâtiment. En cours de restauration l'église de presque un siècle accepte les dons (déductibles des impôts).

Renseignements

🌐 www.ville-wattrelos.fr



LE PENDULE DE FOUCAULT

Savoir que la Terre tourne est une chose, l'observer en est une autre. L'Espace des Sciences de Morlaix, dans le Finistère offre entre autres démonstration et expositions une réplique du dispositif de Léon Foucault. Au milieu du XIX^e siècle cette expérience avait définitivement démontré la rotation de notre planète.

Espace des sciences de Morlaix

La Manufacture des tabacs

42 quai du Léon - 29600 Morlaix

🌐 www.espace-sciences-morlaix.org

Remplacements / Associations

N°11059

54 – BRIEY

Cède cabinet fin 2027 – cause retraite. Recherche successeur (1 ou 2 radiologues). Forte activité radio, écho, mammo. Pas d'accès scanner ni IRM mais évolution possible.

👤 Dr Philippe SCHUMMER
📞 06 23 17 81 85
✉ philippeschummer1958@gmail.com

N°11058

13 – MARSEILLE

Hôpital privé Saint Joseph – 22 radiologues – Recherche radiologue(s) - imagerie diagnostique digestive, cardio et ostéo. Plateau technique moderne. Activité 3 IRM (dont 2 3t), 3 scan, 1 radio interventionnelle, 3 échos, 1 radio conventionnelle. Installation d'un scanner et IRM au cours des prochains mois.

👤 Dr Olivier MONNET
✉ omonnet@hopital-saint-joseph.fr

N°11057

77/91/94

Réseau d'imagerie Sud francilien, groupe indépendant, 6 sites, recherche remplaçant(e) en vue d'association. Plateau technique récent et complet (6 IRM, 4 scan, mammo tomosynthèse, macro/micro-biopsies, écho, radio, infiltrations, cone beam). Ouverture de nouvelles machines d'imagerie en coupe prévue.

👤 Dr Samuel HADDAD
✉ shaddad@risf.fr

N°11056

78 – LE CHESNAY

Groupe indépendant 7 radiologues. Recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s. Activité en hôpital privé de Parly II. Activité complète et variée à orientation cardio-vasculaire en scanner, IRM, ostéo articulaire, en écho, infiltration, mammo, tomosynthèse.

👤 Dr Martin LOUVET
✉ simply2@gmail.com

N°11055

04 – MANOSQUE

Groupe 6 radiologues – recherche associé(e)s, secteur 1 ou 2. Large

accès à 3 scanners, 3 IRM. Activité en cabinet et secteurs d'hospitalisation sans astreinte. Activité RX, densito, cone beam, séno, écho, infiltrations, biopsies.

👤 Dr Paul Emmanuel PHILIPPE
📞 06 75 23 71 59
✉ dpep2012@gmail.com
🌐 imageries-medicales.com

N°11054

35 – RENNES

SELAS CIM 35 – Recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s, temps plein ou partiel. Structure indépendante avec activité conventionnelle, projet immobilier en cours permettant la mise en place d'une autorisation d'un plateau scanner-IRM.

👤 Dr Tanguy LIBESSART
📞 07 66 89 34 79
✉ centreimageriemedicale35@gmail.com

N°11053

73 – ALBERTVILLE

A vendre. Echographe Samsung V7 (2023) – 25 000 €. Dédié à la séno, sonde linéaire 2-14, mv-flow. Garantie jusqu'en 2028 – sondes, pièces et main d'œuvre comprises, une maintenance préventive annuelle et maintenances curatives illimitées. Possibilité d'ajouter une sonde endovaginale (+2 500 €) et sonde club de golf (+2 500 €).

👤 Dr Cécile LECOANET
📞 06 23 85 39 75
✉ lecoanet.cecile@free.fr

N°11052

42 – SAINT-ETIENNE

Groupe 20 radiologues. Recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s, 4 jours/semaine, temps plein ou partiel. Activité en clinique, cabinets et 3 centres hospitalier, possibilité télé radiologie interne. Activité imagerie lourde, séno optionnelle (mammo avec dépistage assisté par IA lunit). Centre pilote pour de multiples solutions d'IA (gleamer, lunit, utilisation de pixyl)

👤 Dr Romain MALEZIEUX
📞 06 99 09 33 57
✉ romainmalezieux@hotmail.com
👤 Dr ROMIER Alban
✉ alban.romier@gmail.com
🌐 www.radiologie-saint-etienne.fr

N°11051

38 – Entre GRENOBLE et CHAMBERY

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 multisites 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,

Remplacements / Associations

8 écho, 1 eos, 5 mammo avec tomosynthèse, IA diagnostique et native... Plateau technique de pointe. Engagement dans le dépistage, une prise en charge interventionnelle complète.

👤 M. Alexandre DOTT

📞 06 75 42 33 53

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

🌐 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°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^{ème}

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

👤 Dr Julien LAMBRON

📞 06 84 59 06 10

✉ drjulienlambron@gmail.com

N°11043

31 - TOULOUSE

Groupe 19 radiologues - recherche remplaçants, collaborateurs ou associés. Activité sur 2 sites - Clinique Pasteur - Forte orientation cardio, onco et digestive Clinique de l'Union - forte activité viscérale, onco, neuro et musculo-squelettique. 5 scan dont 1 coroscan Siemens

force, 5 IRM. Possibilité d'installation en secteur 1 ou 2.

👤 Dr Charlotte MARTIN PELTIER

📞 06 20 51 77 88

✉ cpeltier-martin@rx-infomed.com

👤 Dr Louis David RIVIERE

✉ 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 téléradio possible.

👤 Dr Pierre DE BRUNANCHON

📞 04 66 28 82 55

✉ brunanchon@radiatorougetdelisle.net

N°11040

35 - RENNES

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

👤 Dr Alain SEE

📞 06 09 40 91 28

✉ alainsee35@gmail.com

N°11038

73 - CHAMBERY

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

👤 Dr Dominique BESSIRE

📞 06 07 32 46 46

✉ d.bessire@free.fr

N°11037

75 - PARIS 19^{ème}

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°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

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

Remplacements / Associations

N° 11028

2A – CORSE

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

👤 Dr Michel MOZZICONACCI

📞 06 16 11 89 88

✉ michelmozziconacci@gmail.com

N° 11026

78 – BOIS-D'ARCY

Groupe 14 radiologues, 78 Sud, 4 cabinets (tables Luminos, mammographes Pristina avec tomosynthèse), 4 IRM, 3 scanners, cherche un(e) associé(e). Profils : ostéo articulaire/ imagerie cardiaque.

👤 Dr Caroline TICHOUX

📞 01 34 60 67 86

✉ imagerieboisdarcy@yahoo.fr

🌐 imagerie78.com

N° 11025

30 – NIMES

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

👤 Mr Anthony COSYN

📞 06 58 30 30 82

✉ anthony.cosyn@animradio.fr

N° 11021

02 – SAINT-QUENTIN, 1h de LILLE, REIMS, 2h de PARIS.

Cabinet ville 800m², 4 radiologues, 7 manip. 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

🌐 imagerielescedres.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

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

- En tête + 2 lignes + contact : **90 € TTC**
- En tête + 5 lignes + contact : **150 € TTC**



Vie syndicale

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● VENDÉE

→ Le Syndicat Départemental de Vendée a procédé aux élections de son nouveau bureau en juillet 2025 :

Président : **Dr Christophe BEZIAT** - Fontenay-le-Comte

Secrétaire : **Dr Abdelilah CHBIHI** - La Roche-sur-Yon

Trésorier : **Dr Ambroise BRETECHE** - Les Sables-d'Olonne



LE CONGRÈS PROFESSIONNEL DE LA **FNMR**

BLOQUEZ LA DATE
VENDREDI 19 JUIN 2026
PARIS