

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 494 DÉCEMBRE 2025

Le journal de la



Adieu la radiologie de proximité ?

GRAND TÉMOIN

Nicolas Marques
(Institut économique Molinari)

PORTRAIT

François Jambon
(Nouvelle-Aquitaine)

LA FNMR CONTRE ATTAQUE

Lundi 10 novembre, entre 70 et 80 % des médecins radiologues libéraux étaient en grève pour manifester leur opposition au plan d'économies de la CNAM et à l'article 24 du PLFSS 2026

**LA PLUPART DES RADIOLOGUES
SUSPENDENT LES ENVOIS AUTOMATIQUES
DES COMPTES RENDUS AU DMP**

Les radiologues qui exercent en clinique font la grève de la PDSES. Ils ont été réquisitionnés ce qui montre l'importance de notre spécialité dans le parcours de soins des patients

**LE MOUVEMENT DE PROTESTATION
NE S'ARRÊTE PAS AU 10 NOVEMBRE**

Le PLFSS de la honte !



« L'IRRESPONSABILITÉ DOGMATIQUE DE NOS POLITICIENS EST DÉVOILÉE AU GRAND JOUR »

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Au moment où cet éditorial est rédigé, les députés viennent de voter, en première lecture, l'article 24 du PLFSS 2026. Une décision incompréhensible qui entérine la rupture de la convention médicale, et laisse le champ libre au directeur général de la CNAM qui pourra imposer des baisses tarifaires... sans plus de négociations que ce que nous avons eu cette année. Pire, un amendement de Mme Rousseau, adopté, majore de 100 millions les baisses pour 2026 sur les spécialités qui traitent les patients atteints de cancer.

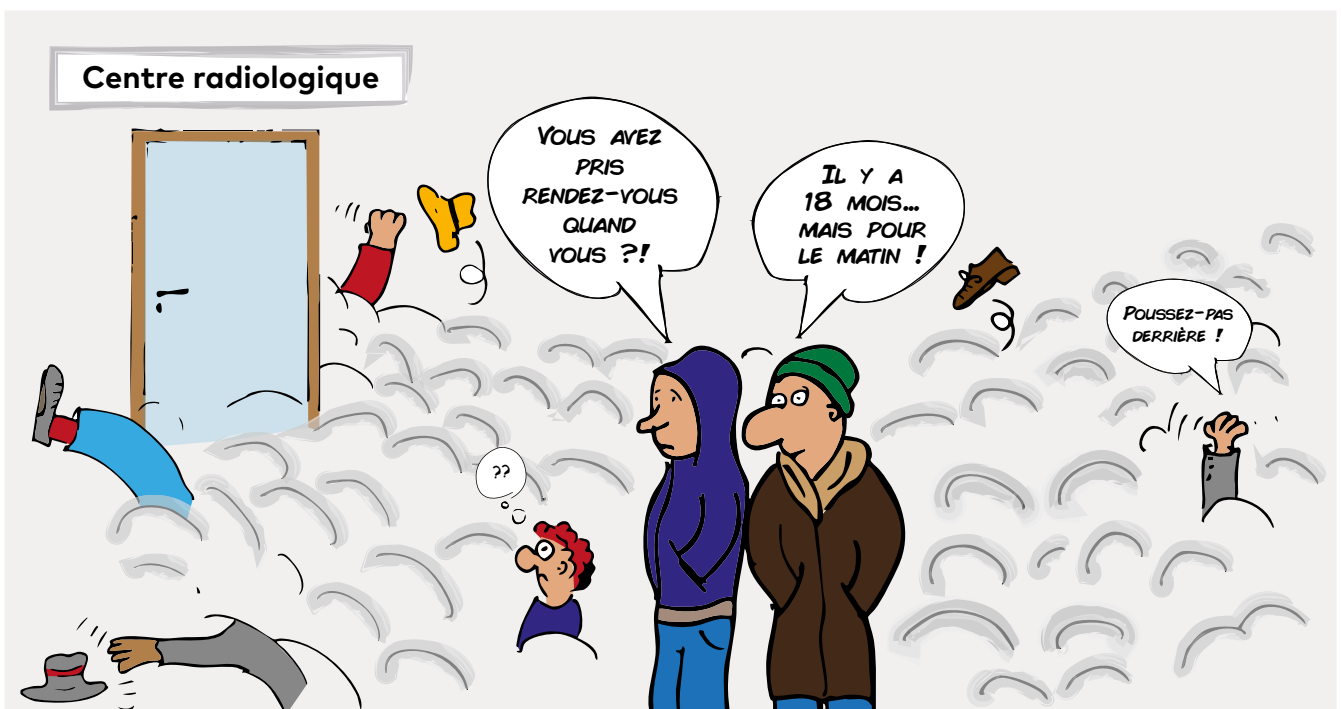
Le mouvement de grève, initié par les radiologues libéraux, est désormais soutenu par les radiologues hospitaliers. On ne peut pas laisser détruire la spécialité radiologique sous prétexte de vouloir faire une politique de revenus. Cette manœuvre politique doit aussi nous inquiéter quant à la refonte, en cours, de la CCAM. Toutes les spécialités qui y participent font remonter une volonté, quasiment affichée, de la CNAM de transformer cette réforme en une baisse générale de tous les actes, pas seulement radiologiques.

C'est l'excellence de la santé française qui est attaquée.

C'est la qualité des soins aux patients qui est reniée.

L'irresponsabilité dogmatique de nos politiciens est dévoilée au grand jour. Il ne reste plus qu'à espérer que les débats, lors du passage au Sénat, fassent revenir un peu de bons sens dans cette politique mortifère. La FNMR, qui a toujours été force de propositions pour une maîtrise médicalisée de la radiologie permettant une prise en charge optimale des patients, va continuer, avec l'engagement de ses adhérents, à défendre une radiologie experte, dont les radiologues sont fiers. ●

Les tarifs baissent... Les délais augmentent !!!



8

Nicolas MARQUES :
"Il faut mettre le
temps long au cœur
des décisions"

GRAND TÉMOIN



10

Dr François JAMBON
L'image et la voix

PORTRAIT



14

PLFSS 2026
LE DOSSIER

2026
Projet de loi
de financement
de la sécurité
sociale
ANNEXE 1 Présentation des régions
adonnées de la loi
de la sécurité sociale

15

Thibault BAZIN :
"Une trajectoire
budgétaire
ambitieuse"

PLFSS : INTERVIEW



3 Édito

5 Brèves

6 Actualité : une décision lourde de conséquences

12 Statistiques : Nouvelle-Aquitaine

DOSSIER PLFSS

14 La radiologie sacrifiée sur l'autel des économies ?

18 La mort de la convention ?

21 Les élus FNMR : les solutions pour éviter
le naufrage

26 Avenir Spé

27 CSMF

28 Formation : optimisation prise RDV
et gestion planning

30 Loisirs

31 FNMR : Octobre Rose

32 Vie syndicale

33 Petites annonces

**Le Médecin
Radiologue
libéral**

NUMÉRO **494** DÉCEMBRE 2025

Annonces : FNMR p. 2, 11 – Labelix p. 7 – CMPS p. 17 – Forcomed p. 29

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 Eric 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



LA FNMR AU RSNA

Cette année, le RSNA met la France à l'honneur. À cette occasion, la FNMR a conduit une délégation de radiologues français. Une visite "VIP" était organisée auprès des principaux constructeurs d'équipements. La délégation a également pu visiter les services de radiologie des hôpitaux Northwestern et le University of Chicago Medical Center.

ACCÈS AU DMP



Le Conseil d'État a annulé partiellement un arrêté fixant les règles de droit d'accès au dossier médical partagé.

Un arrêté du ministère de la santé (26 octobre 2025) avait prévu que le droit d'accès au DMP s'étendait à l'équipe soignante élargie. Pour le Conseil d'État, le consentement initial du patient pour l'accès de l'ensemble des membres de l'équipe de soins qui le prend en charge doit être recueilli. Un nouvel arrêté devra être publié.

www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2025-10-15/490409

FAUSSES ORDONNANCES

15 000

C'est le nombre de signalement de suspicion de fausses ordonnances enregistré par le téléservice Asafo-Pharma à disposition des pharmaciens depuis l'été 2024.

1,14 MD€ D'ÉCONOMIES PAR LA PERTINENCE

L'étude d'impact du PLFSS 2026 évalue à 1,14 Md€ les économies possibles d'ici 2029 grâce à la pertinence. Pour la biologie et la radiologie, le gouvernement prévoit de l'ordre de 300 M€ d'économies d'ici 2028 par la mise en place des aides à la décision. Mais il prévoit aussi d'instaurer des sanctions pour les médecins qui n'utiliseraient pas le DMP.

La FNMR a demandé il y a plus de 10 ans que l'implantation de ces logiciels soient financée par l'Assurance Maladie. Pourquoi avoir autant attendu ? Pourquoi sanctionner au lieu d'inciter ?

Pourquoi la CNAM a-t-elle refusé un protocole de pertinence comme proposé par la FNMR pour 2025-2027 ? C'est l'incohérence de la Caisse.

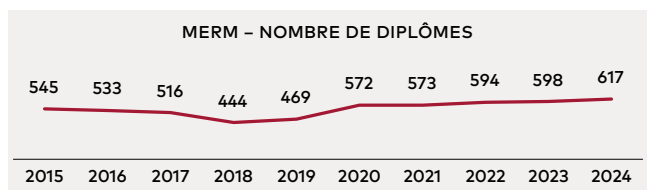


© Istock

FORMATION DES MANIPULATEURS

L'enquête "école" de la DREES montre qu'après une décrue, le nombre d'élèves ou d'étudiants diplômés manipulateurs (MERM) est reparti à la hausse passant de 444 en 2018 à 617 en 2024. Il reste cependant encore insuffisant pour répondre aux besoins tant du secteur privé qu'hospitalier.

2024 est aussi une bonne période pour les inscriptions en 1^{ère} année avec une hausse de 16 %. La DREES recense 2604 manipulateurs en formation, les trois quarts étant des femmes.

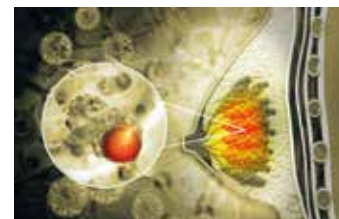


LA HAUSSE DES CANCERS DU SEIN CHEZ LES JEUNES

Depuis 1990, l'incidence des cancers du sein augmente de 1 à 2 % chez les jeunes femmes en France. C'est la conclusion d'une étude pilotée par le Pr Pascal Pujol, présentée le 8 octobre au congrès de la Société Française de Médecine Prédictive et Personnalisée. Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis et au Royaume-Uni.

La hausse serait hormonodépendante en raison des modifications sociétales du mode de vie au bénéfice des facteurs de risque du cancer chez les femmes comme la diminution de l'âge de la puberté, le recul de l'âge de la première grossesse, la baisse du nombre d'enfants par femme, etc. D'autres facteurs pourraient aussi intervenir comme les habitudes alimentaires, l'exposition aux polluants et aux radiations, la sédentarité, ...

Les recommandations de l'étude sont une IRM en cas de doute et l'abaissement de l'âge du dépistage.



© Istock

Protocole imagerie CNAM

Une décision lourde de conséquences



Les premières baisses tarifaires en imagerie médicale sont entrées en vigueur début novembre et vont lourdement pénaliser le secteur de la radiologie libérale. La FNMR dénonce un « plan de pertes de chances pour les patients ». Explications.

Les menaces sont devenues des actes. La Caisse nationale de l'Assurance Maladie a finalement déployé son plan d'économies en imagerie médicale. Le résultat est sans appel : 300 millions d'euros de baisses tarifaires seront progressivement appliqués entre le 5 novembre 2025 et le 1^{er} janvier 2027, principalement sur la radiologie et les forfaits techniques. Caractéristique notable de cet échéancier, les conditions imposées par le payeur sont plus exigeantes que dans la version initiale du protocole, unanimement rejetée par les syndicats médicaux. Outre la suppression intégrale des mesures de pertinence, la réduction des modificateurs Y et Z est plus importante que prévu. Idem pour les forfaits techniques applicables aux scanners, aux IRM et aux TEP non amortis. Pour les équipements déjà amortis, la baisse est significative, mais elle est « conforme » aux attendus du projet présenté par la Caisse en juillet dernier.

→ DES IMPACTS DÉLÉTÈRES

Autorisée par l'article 41 de la LFSS 2025, cette décision unilatérale affecte principalement les radiologues

libéraux, avec une quarantaine d'actes concernés, mais aussi les établissements de santé et certaines spécialités médicales, comme les pneumologues et les rhumatologues, et surtout les patients. Arrêt des innovations, risque de fermeture des cabinets de proximité, hausse des délais de rendez-vous, moindre réduction des doses de rayons X et de produits de contraste injectés... La FNMR fustige des dispositions « arbitraires et incohérentes » qui vont pénaliser la qualité des soins et affaiblir la viabilité économique du secteur libéral. Selon les calculs effectués, la baisse des forfaits techniques sur les équipements non amortis va durablement fragiliser l'équilibre financier de nombreux cabinets, notamment des groupements d'intérêt économique, qui subiraient une perte annuelle de l'ordre de 80 000 à 100 000 € par équipement. La baisse du tarif de certains actes radiologiques, dont la valeur devient inférieure au coût de leur réalisation, pourrait également limiter le développement de la radiologie interventionnelle et restreindre les investissements en intelligence artificielle.

→ LA GRÈVE CONTINUE...

La FNMR regrette, par ailleurs, la suppression des mesures de pertinence en imagerie. Un chantier jugé « indispensable » pour concilier efficacement qualité

LE CALENDRIER DES BAISSÉS TARIFAIRES

À partir du 5 novembre

- Baisse de la valeur de certains actes
- Modificateur Y (pneumologues et rhumatologues) :
 - 2,8 % au 1^{er} janvier 2027 (au lieu de - 2,1 % dans le protocole initial)
- Modificateur Z (radiologues) : - 2,9 % au 1^{er} janvier 2027 **(au lieu de 2,2 % dans le protocole initial)**
- Suppression du forfait archivage (YYYY600)
- Dans les associations d'actes, interdiction de facturer les 3^{èmes} actes et suivants

Forfaits techniques

- Forfait technique pour les équipements non amortis : - 8 % depuis le 5 novembre 2025 / - 10 % au 1^{er} juillet 2026 / - 12,6 % au 1^{er} janvier 2027 **(au lieu de - 11 % dans le protocole initial)**
- Forfait technique pour les équipements amortis : - 6 % au 1^{er} janvier 2027

Pour 2025 uniquement : baisse des forfaits techniques réduits de 15 %

des actes et maîtrise des dépenses. Dénonçant avec force un « plan de casse » de la radiologie libérale, dont les patients seront les premières victimes, la Fédération sonne la poursuite de la mobilisation engagée le mois dernier, dont une grève illimitée de la permanence des soins en établissement de santé, qui affiche un taux de participation de 90 %. « Les réquisitions opérées montrent que les radiologues libéraux sont indispensables », souligne la FNMR. L'envoi des comptes rendus dans le dossier médical partagé et la participation aux appels à candidature lancés par les agences régionales de santé dans le champ de la

pertinence sont toujours suspendus. Face aux pressions exercées par les tutelles, la FNMR bénéficie du soutien d'Avenir Spé et du Conseil National Professionnel de radiologie qui, dans un communiqué publié fin octobre, appelle les pouvoirs publics à « rouvrir sans délai un véritable dialogue avec tous les représentants de la profession pour garantir l'accès, la qualité et la sécurité des soins radiologiques, essentiels au dépistage, au diagnostic et au traitement, dans l'intérêt des patients et de la santé de tous ! ». ●

Jonathan ICART

Risque viral en imagerie : votre conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au risque viral d'un professionnel est-elle complète ?

LABELIX

Lors des audits Labelix, le critère relatif à la gestion des accidents d'exposition au risque viral est souvent - critère 7.1.5 - réduit à la seule gestion des AES (accidents d'exposition au sang). Or, le critère est bien plus large : il s'agit de toute exposition à un agent viral, quelle qu'en soit la voie (sang, aérosol, contact muqueux, etc.). En imagerie médicale, les risques sont bien réels et parfois sous-estimés :

- IRM ou scanner avec patient COVID+ ou tuberculeux : exposition possible via aérosols résiduels ou contact avec les surfaces contaminées.
- Ponction sous guidage échographique : risque d'AES en cas de piqûre accidentelle.
- Manipulation de matériel souillé (seringues, cathéters, gants) : exposition indirecte mais réelle.
- ...

Pour répondre au critère Labelix, votre procédure de la gestion des accidents d'exposition au risque viral doit être :

- Formalisée (documentée, datée, versionnée).
- Accessible à tous les professionnels (y compris les intérimaires et les nouveaux arrivants).
- Complète, c'est-à-dire couvrant :
 - AES (piqûres, coupures, projections).
 - Risques respiratoires (SRAS, COVID-19, tuberculose).

- Risques émergents (grippe aviaire, virus de Marburg, etc.).
- Opérationnelle, avec :
 - Les étapes à suivre en cas d'exposition.
 - Les contacts d'urgence (réfèrent hygiène, médecine du travail, ...).
 - Les modalités de déclaration et de suivi.

La simple existence d'un document ne suffit pas... L'auditeur s'attachera à vérifier la pertinence de la procédure au regard des risques spécifiques à votre activité d'imagerie médicale, sa diffusion effective auprès de l'ensemble des professionnels, ainsi que sa mise en œuvre concrète sur le terrain. Pour vous y préparer, interrogez-vous : votre procédure a-t-elle été testée ? Les professionnels savent-ils précisément quoi faire et qui contacter en cas d'exposition ? Et surtout, votre document est-il à jour des dernières recommandations sanitaires ? Ces points sont essentiels pour démontrer que votre organisation est non seulement conforme, mais aussi réellement opérationnelle face à un risque viral.

Enfin, au-delà de la conformité au critère Labelix, disposer d'une procédure complète et opérationnelle, c'est surtout garantir une réaction rapide, coordonnée et efficace en cas de risque viral avéré, pour protéger les professionnels et assurer la continuité des soins.

Virginie MOTTE
Ceos'Consult

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

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

LABELIX

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

« Il faut mettre le temps long au cœur des décisions »

Et si la France sortait enfin du bricolage budgétaire ? Dans une interview exclusive, Nicolas Marques esquisse une réforme ambitieuse, fondée sur une planification pluriannuelle et une gouvernance dépolitisée, pour sauver la santé et les retraites avant la rupture. Ses solutions : miser sur la prévention, la pluralité des acteurs en santé et la capitalisation collective pour concilier solidarité, innovation et équilibre financier durable.

→ Le PLFSS 2026 repose sur une logique de maîtrise comptable des dépenses et de transferts de charges, et ne prend pas du tout en compte la pertinence des actes. Comment réformer efficacement le financement de la protection sociale ?

Ce texte est la parfaite illustration de cette logique comptable de court terme qui domine la régulation des dépenses sociales en France, mais aussi de cette incapacité à penser le temps long avec une vraie approche patrimoniale de la protection sociale. Conçu pour maîtriser les coûts, le PLFSS ignore les enjeux structurels, notamment le vieillissement démographique, qui fragilise durablement l'équilibre de la Sécurité sociale. Historiquement pensée sans contrainte économique, notre protection sociale est passée de 10 % à près de 40 % du PIB. Conséquences d'un investissement insuffisant dans la prévention et d'un sous-développement de la capitalisation retraite, les déficits se creusent inexorablement. La solution ? Sortir de l'annualité budgétaire et basculer vers une approche pluriannuelle qui intégrerait des actuaires. Il faut redécouvrir le calcul économique, faire moins de comptabilité à court terme et plus de projections à long terme, pour améliorer le rapport qualité-prix, la prise en charge et la soutenabilité de la protection sociale.

→ Vous évoquez régulièrement la nécessité de "redécouvrir le calcul économique" et de mettre en place des gouvernances de temps long. Comment mieux orienter les choix budgétaires ?

Le système français de protection sociale raisonne en annualité budgétaire, ce qui favorise le curatif au détriment du préventif, notamment dans le champ de la santé. Cette stratégie se traduit par des arbitrages de courte vue. Résultat : numerus clausus, pilotage

NICOLAS MARQUES,
directeur général
de l'Institut économique
Molinari



par les prix et baisse des tarifs entraînent une pénurie de professionnels, une perte d'innovation et un désintérêt des industriels pour la France. La crise du Covid illustre ce retard, avec des vaccins développés ailleurs. Centrée sur la comptabilité de caisse, la Sécurité sociale fait fi de la dimension patrimoniale, pourtant indispensable pour anticiper les enjeux. Elle oublie l'humain et préfère piloter par les "charges et produits", alors que les bons indicateurs devraient être les années de vie en bonne santé ou la création de richesses non fiscales au service des retraites.

→ La suspension provisoire de la réforme des retraites va entraîner des surcoûts qui seront supportés par le secteur de la santé. Pour quel résultat ?

La réforme des retraites devait générer des économies pour les caisses en prolongeant la durée de travail

selon la logique suivante : moins de pensions versées, plus de cotisations encaissées. Ses effets dépassent la retraite, car travailler plus longtemps augmente les salaires, les cotisations sociales et les recettes fiscales en général. Suspendre la réforme entraîne l'effet inverse, soit davantage de dépenses et moins de recettes publiques. En 2027, le coût serait de 1,8 milliard d'euros pour les caisses de retraite et de 3 milliards pour les finances publiques. Cela creuse le déficit et réduit les marges de manœuvre pour améliorer la couverture des besoins dans d'autres domaines, notamment la santé ou dans les EHPAD, où les forfaits de prise en charge ne garantissent pas une approche qualitative.

→ Vous plaidez pour l'introduction d'une dose de capitalisation collective dans le financement des retraites et de la santé. Est-ce une solution viable pour desserrer les contraintes budgétaires ?

En France, les retraites reposent quasi exclusivement sur un modèle de répartition où les actifs financent directement les pensions. Avec moins d'actifs, il faut augmenter les cotisations, ce qui impacte le pouvoir d'achat, affecte la compétitivité et génère des déficits récurrents. La capitalisation est moins coûteuse : une cotisation initiale, investie dans des fonds de pension, génère des dividendes et des plus-values. Une part importante des retraites peut ainsi être autofinancée, tout en réduisant la charge qui pèse sur les actifs. Le Danemark, l'Islande, les Pays-Bas ou la Suède sont très avancés dans ce domaine, contrairement à la France et aux grands pays européens.

→ Vous suggérez de financer une partie de la protection sociale par les rendements de l'épargne, ce qui permettrait de réduire les prélèvements obligatoires, mais aussi de relancer les investissements et la croissance.

Comment procéder ?

Le problème n'est pas tant le coût des retraites que leur financement exclusif en répartition qui entraîne déficits et endettement. La capitalisation retraite représente seulement 13 % du PIB en France, contre 92 % en moyenne dans l'OCDE. Il est stratégique de rattraper ce retard, en rendant la capitalisation obligatoire dans le secteur privé à l'image de ce qui a été fait par l'ERAFP, le fonds de pension des fonctionnaires, ou la CAVP, le régime de retraite complémentaire des pharmaciens fonctionnant pour partie en capitalisation collective. Depuis la fin du baby-boom, les retraites expliquent 40 % de la hausse des dépenses publiques et des déficits. Le manque de capitalisation aggrave la pression fiscale et nuit à la compétitivité. Si la France avait le niveau d'épargne retraite de l'OCDE, elle disposerait d'une manne de plus de 80 milliards d'euros par an de dividendes et plus-values pour financer les retraites. Et, au-delà des pensions, cela soutiendrait l'innovation. Ce n'est pas un hasard si les États-Unis sont en pointe dans le numérique ou les biotechs : l'épargne retraite y est abondante et permet à tous les acteurs innovants de grandir plus vite. L'Europe accuse un retard de 19 000 milliards d'euros en épargne retraite et autant en capitalisation boursière par rapport aux États-Unis, ce qui obère sa capacité de financement. Notre échec

à développer un vaccin Covid, alors que nous avons des ingénieurs et des chercheurs de qualité, est la conséquence de ce retard. Sans capitaux abondants... pas d'innovations !

→ Comment réduire les coûts tout en favorisant l'innovation dans la santé ?
Quid du secteur de la radiologie ?

Le pilotage des dépenses de santé doit être pensé dans un horizon temporel plus long. L'annualité budgétaire favorise les arbitrages à courte vue et sacrifie la prévention et l'innovation. Le véritable enjeu n'est pas le coût immédiat d'un médicament ou d'un dispositif, mais son rapport coût-bénéfice sur plusieurs années. Les investissements lourds, comme le médicament ou la radiologie, nécessitent une vision économique durable, loin des caricatures sur les prétendues "rentes". La prise de risque entrepreneuriale et les économies de long terme doivent être intégrées dans la réflexion pour conjuguer qualité et soutenabilité. Sinon, on arrive au travers que l'on constate dans le médicament : à force de faire pression pour baisser les prix, nous avons des acteurs nationaux moins créatifs et les entreprises étrangères préfèrent introduire leurs innovations ailleurs, afin de négocier des prix permettant d'amortir leurs coûts de développement. Nous courrons exactement le même risque en imagerie. Décourager l'investissement rimerait avec perte de chance pour les patients.

→ Comment redéfinir le périmètre entre régimes obligatoires et complémentaires sans nuire aux principes de solidarité et d'universalité ?

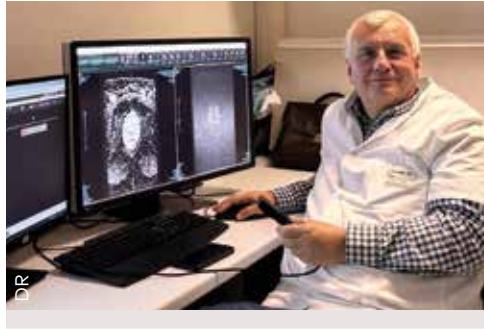
Dans le domaine de la santé, il faut rompre avec la logique monopolistique et court-termiste du régime général. Une transformation inspirée du modèle néerlandais, avec un panier de soins défini par le régulateur mais mis en œuvre par plusieurs acteurs, dans une logique assurantielle et mutualiste, favoriserait innovation et coopération. La pluralité permet d'expérimenter et d'adopter les meilleures pratiques, comme le faisaient les mutualistes au XIX^e siècle. En complément, il faut investir massivement dans la prévention, qui est trois fois moins développée en France qu'aux Pays-Bas. Pour les retraites, il faut généraliser la capitalisation collective sur le modèle des fonctionnaires ou des pharmaciens, et confier la gouvernance du régime général aux partenaires sociaux qui ont prouvé leur efficacité avec l'Agirc-Arrco. L'État doit se recentrer sur un rôle prudentiel et veiller à ce que les gouvernances des caisses assument leurs responsabilités. En tant qu'employeur, il doit aussi provisionner les promesses de retraites faites à ses fonctionnaires, à l'image de ce que font la Banque de France ou le Sénat. Il faut oser raisonner en pluriannualité pour avoir l'espérance de vie en bonne santé la plus longue possible et des retraites équilibrées, et ce faisant honorer la belle promesse que représente la protection sociale.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Dr François JAMBON

L'image et la voix

Radiologue par passion, syndicaliste par conviction, François Jambon incarne une génération de praticiens qui ont choisi l'indépendance pour mieux défendre leur métier. Portrait d'un médecin qui conjugue engagement professionnel et vision stratégique.



Il ne sera pas médecin militaire, comme son père, mais il sera médecin quand même, radiologue de surcroît. Originaire de Cannes, François Jambon garde un « très bon » souvenir de son enfance, passée sur les bords de la Croisette. Après un bac scientifique au lycée Carnot, obtenu sans mal, il prend la direction de Nice, où il tente une prépa agro, avant de se réorienter vers la Faculté de médecine, séduit par la chimie et la biologie. La première année sera une formalité : il finit 15^{ème} sur 850 au concours ! Quand arrive le moment de l'internat, il multiplie les pistes et opte finalement pour Strasbourg. « Une destination très prisée en ce temps-là », sourit-il. Bien classé, il hésite entre anesthésie et radiologie, mais choisit l'imagerie pour « son attrait technologique ». François Jambon fera toutefois une pause de seize mois pour effectuer son service militaire, au sein de l'hôpital de Saint-Pierre de La Réunion, avant de réaliser son clinicat. Sur les bords du Rhin, il se forge une solide expertise technique en neuroradiologie et en radiologie vasculaire et interventionnelle, guidé par la curiosité scientifique et la rigueur méthodique.

→ UN PRATICIEN INDÉPENDANT

Au bout de sa formation initiale, François Jambon tourne le dos au milieu hospitalier pour embrasser une carrière dans le secteur libéral. Non pas par rejet du CHU, où son expérience fut positive, mais... « Je voulais être mon propre patron ! Avoir une totale liberté de choix et une réelle indépendance de décision. » Après un bref passage à Cannes, il enchaîne les remplacements ponctuels en région, notamment à Périgueux, pour soutenir un confrère malade. Cette expérience, qui dure environ deux ans, scelle son avenir. Il s'installe définitivement en Dordogne en juillet 1995. Il rejoint alors le CIMROD. Structuré autour de trois pôles – imagerie médicale, radiothérapie et oncologie – la structure radiologique grandit avec lui. Le plateau technique, initialement composé d'un seul scanner, en compte deux de plus, mais aussi deux IRM. Outre le cabinet de Lakanal, l'Hôpital Privé Francheville et le service de médecine nucléaire de Périgueux, les cabinets de Ribérac, de Terrasson et de Thiviers complètent le tableau. « La radiothérapie

s'est équipée de trois accélérateurs linéaires et le groupe prévoit, dans les prochains mois, l'installation d'une gamma camera pour renforcer la médecine nucléaire », souligne François Jambon. Réputé pour ses équipements modernes et son organisation intégrée, le CIMROD couvre un bassin de 250 000 habitants pour la radiologie et tout le département pour la cancérologie. L'équipe

compte 16 associés – radiologues, radiothérapeutes, oncologues, médecins nucléaires – et 110 salariés.

→ UN CHANTRE DE LA PERTINENCE

François Jambon n'a jamais vu le syndicalisme comme une option, mais comme une nécessité. Dès ses débuts, il s'engage pour défendre les intérêts de sa profession face aux tutelles et aux politiques. Longtemps président départemental en Dordogne, il rejoint assez rapidement le Conseil d'administration de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, au sein duquel il siège depuis une décennie. En région, il est nommé président de la FNMR Nouvelle-Aquitaine il y a quatre ans, après avoir été membre du bureau en Aquitaine. Élu pour un troisième mandat à l'URPS¹, il représente aussi cette instance à la CSOS² de l'Agence Régionale de Santé. Pour lui, le syndicalisme est un rempart : « Il informe, mobilise et anticipe les évolutions réglementaires, des normes de sécurité aux formations obligatoires. » Il inspire et soutient aussi des projets innovants pour la profession et les patients, comme les plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP). « Le PIMAP de Ribérac est une véritable réussite, saluée comme telle par les élus locaux et les habitants des environs. Installé dans une zone fragile, il permet un accès aux soins renforcé, non sans redynamiser un territoire isolé, notamment pour les professionnels qui y sont implantés », explique François Jambon. Cette dynamique prometteuse se heurte néanmoins aux « baisses brutales et purement comptables des forfaits techniques qui fragilisent les investissements et menacent la modernisation des équipements ». Aux antipodes des « coupes arbitraires », la pertinence des actes doit devenir la « seule boussole » de la décision en santé. « Car sans visibilité financière, les ambitions de proximité et de qualité risquent de s'effondrer, au détriment des patients et de l'attractivité des territoires. » Les pouvoirs publics sauront-ils agir en responsabilité ? La LFSS³ 2026 en témoignera. ●

Jonathan ICART

¹ Union Régionale des Professionnels de santé

² Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins

³ Loi de Financement de la Sécurité Sociale



IMAGINONS l'imagerie

LES PATIENTS

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

NOS POLITIQUES

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

LES RADIOLOGUES

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

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

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

ENSEMBLE IMAGINONS L'IMAGERIE !



Médecins radiologues Statistiques Nouvelle-Aquitaine 2024

Les données présentées dans cet article sont relatives aux médecins radiologues de la région Nouvelle-Aquitaine qui ont perçu au moins 1 € d'honoraires en 2024 quel que soit leur statut, libéral ou public. Sauf mention contraire, les données sont issues de la CNAM.

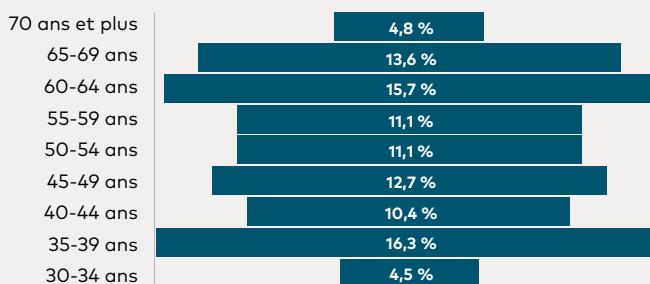
→ DÉMOGRAPHIE

NOUVELLE-AQUITAINE
Radiologues : **570**
Densité : **9,3¹**

| Région Nouvelle-Aquitaine | 2010 | 2015 | 2024 |
|---------------------------|------|------|------|
| Nombre de radiologues | 515 | 504 | 570 |
| Densité ¹ | 8,9 | 8,5 | 9,3 |

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

Radiologues : répartition par tranche d'âge (Nouvelle-Aquitaine 2024)



→ SECTEUR CONVENTIONNEL

70 % des radiologues sont inscrits en secteur 1. 24 % sont inscrits en secteur 2 OPTAM et 6 % sont en secteur 2 sans OPTAM.

→ LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

| Nouvelle-Aquitaine 2023 | Taux de dépassement |
|-------------------------|---------------------|
| Toutes modalités | 6,5 % |

Source : SAD-Ameli

→ PATIENTÈLES

Le nombre de patients par radiologue est de 6 734 en Nouvelle-Aquitaine (7 213 France entière). Il s'échelonne de 5 855 dans les Deux-Sèvres à 10 804 en Dordogne.

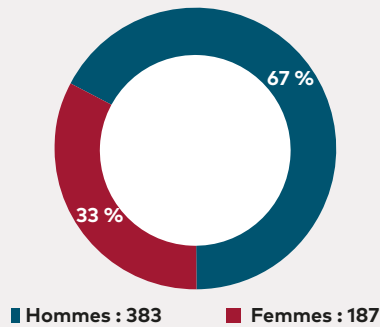
→ ACTIVITÉS

| NA 2023 Toutes spécialités | Nombre d'actes | Nombre d'actes en % du total | Dépense totale ² | Dépense rembour- sable | Dépasse- ments | Dépense remboursée ³ | % du total dépense remboursée |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Radiographie conventionnelle | 4 623 268 | 55 % | 133 948 912 | 129 428 957 | 4 714 459 | 104 914 558 | 36 % |
| Échographie | 2 701 312 | 32 % | 176 807 020 | 164 944 540 | 11 525 877 | 134 803 517 | 46 % |
| Scanner | 579 882 | 7 % | 43 219 755 | 37 409 487 | 5 871 439 | 28 632 827 | 10 % |
| IRM | 526 763 | 6 % | 29 122 525 | 26 578 255 | 2 572 098 | 22 545 561 | 8 % |
| Total Toutes spécialités | 8 431 225 | 100 % | 383 098 213 | 358 361 238 | 24 683 874 | 290 896 464 | 100 % |

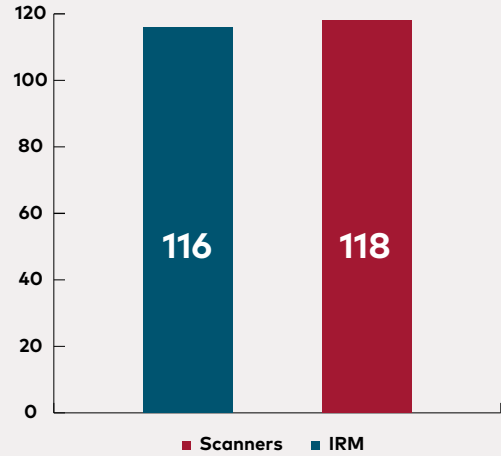
(2) Dépense totale = Dépense remboursable + dépassements
(3) Dépense remboursée par l'Assurance Maladie

→ LE SEXE

Répartition des radiologues selon le sexe (Nouvelle-Aquitaine 2024)



→ ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS (NOUVELLE-AQUITAINE 2023)



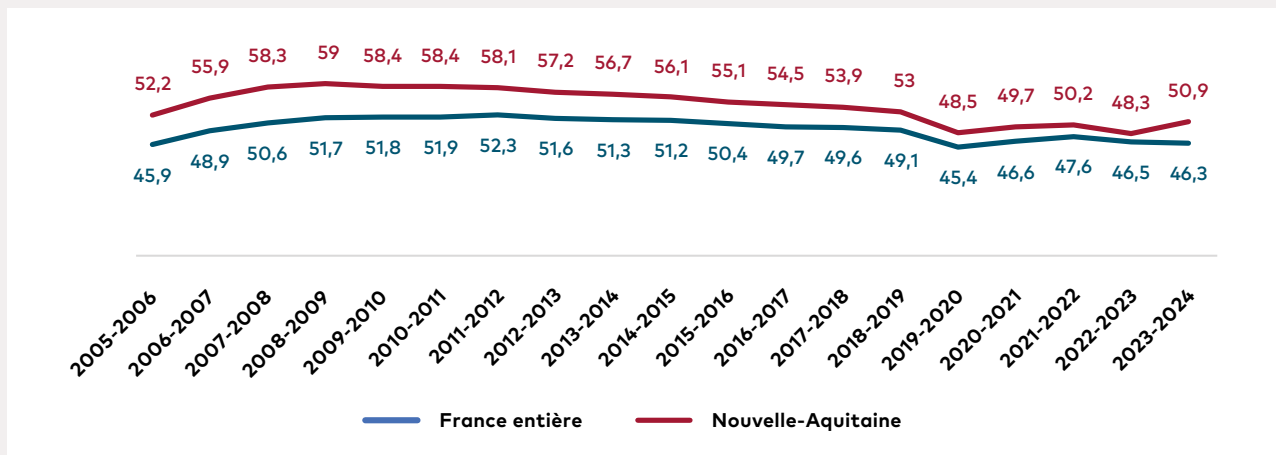
Source : SNITEM

→ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

| Dépistage organisé du cancer du sein Nouvelle-Aquitaine | 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 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 070 154 | 544 627 | 50,9 |

Source : Santé Publique France

Taux de participation au dépistage du cancer du sein (biennuel) en % (Nouvelle-Aquitaine 2005-2024)



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

La radiologie sacrifiée sur l'autel des économies ?



Ciblée par le « mécanisme des rentes » inventé par la CNAM, la radiologie libérale se retrouve au cœur du plan d'économies du PLFSS 2026. Les baisses tarifaires imposées par le gouvernement font bondir la profession, qui dénonce une approche punitive et déséquilibrée, dont les patients seront les premières victimes.

7,1 milliards d'euros ! Tel est le poids des économies demandées au secteur de la santé dans le PLFSS 2026. Le gouvernement est formel : la situation budgétaire de la nation implique des « efforts partagés » qui concernent tous les acteurs du système de santé, mais aussi les assurés sociaux, notamment via le doublement du montant des participations forfaitaires et des franchises médicales – et de leur plafond annuel – même si des exceptions sont prévues pour les patients les plus fragiles. Autre annonce majeure : le coût de la suspension (provisoire) de la réforme des retraites sera financé par un gel des retraites de base et une contribution financière accrue des complémentaires, qui se soldera mécaniquement par une hausse des cotisations pour les adhérents. Caractérisés par leur austérité, les choix budgétaires effectués doivent permettre de réduire le déficit de la branche maladie qui pourrait atteindre 16 milliards d'euros cette année. En conséquence, l'Ondam serait plafonné à 1,6 % en 2026. Un taux historiquement bas.

→ UN REJET MASSIF

La copie du gouvernement suscite de vives réactions. Les représentants des professionnels de santé et des usagers sont unanimes : ce tour de vis budgétaire ne répond pas aux défis posés par les transitions démographiques et épidémiologiques. Peu importe les secteurs et les sensibilités, soignants et soignés redoutent une dégradation massive de l'accès aux soins et un accroissement durable des inégalités de santé. Ils dénoncent la gestion comptable et court-termiste des déficits publics, mais aussi le manque de réponses apportées aux tensions observées sur les ressources humaines, dont les effectifs souffrent, vieillissent et déclinent. Tous réclament une trajectoire renouvelée, centrée sur la prévention, la pertinence et la stabilité des financements. Au-delà même des incertitudes

politiques, le PLFSS 2026 ne présente aucune garantie de réussite, comme en témoigne le récent avis formulé par le Haut-Conseil des finances publiques : « Cet ONDAM implique un effort de maîtrise nettement plus important que les années précédentes. L'atteinte de la cible des dépenses sociales exige, au minimum, une mise en œuvre rapide de l'ensemble des mesures proposées, ce qui est loin d'être acquis. » Seule certitude ou presque, Sébastien Lecornu ne fera pas usage du 49.3 pour faire adopter le texte.

→ LA RADIOLOGIE EN PREMIÈRE LIGNE

Dans le scénario proposé, la radiologie libérale contribuerait assez largement aux économies prévues, notamment par le biais de baisses tarifaires unilatéralement imposées dans le cadre du « mécanisme des rentes ». Un dispositif anti-conventionnel, voire anticonstitutionnel, selon la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, qui réclame la suppression de l'article 24. Mais aussi de l'article 26. Les griefs sont clairement exprimés : « Le premier incrimine les spécialités qui traitent les cancers au travers du dépistage, du diagnostic, de la thérapie et du suivi, tandis que le second vise la destruction du secteur 2 qui permet un espace de liberté pour les médecins et ne pèse pas sur le budget de la Sécurité sociale. » La FNMR demande également une totale « équité de traitement » entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, qui assure la plupart des prises en charge des patients, mais dont les dépenses augmentent dans une bien moindre proportion. Le constat est amer : « Ce PLFSS ampute sa branche maladie de toute la médecine libérale, et ce sont les patients qui seront immédiatement touchés. Leur santé mérite mieux qu'une vision comptable et déconnectée de la réalité. » La volonté politique est-elle là ? ●

Jonathan ICART

UN DÉFICIT HISTORIQUE

Le déficit de la Sécurité sociale devrait atteindre 23 milliards d'euros en 2025. Un niveau inédit hors crise sanitaire ou économique majeure. Pour équilibrer les comptes sociaux dans un délai de quatre ans, le gouvernement entend drastiquement limiter la progression naturelle des dépenses, notamment des branches vieillesse et maladie. La première étape du redressement passera par une cure d'austérité généralisée qui doit permettre de ramener le déficit de la Sécu à 17,5 milliards en 2026. En plafonnant l'ONDAM (1,6 %) et les sous-ONDAM (0,9 % pour la ville et 2,4 % pour l'hôpital), celui de la branche maladie pourrait être réduit de 4,7 milliards d'euros... mais il culminerait toujours à 12,5 milliards fin 2026.

« Une trajectoire budgétaire ambitieuse »

Le PLFSS 2026¹ cristallise les tensions entre pouvoirs publics et radiologues. Comment aligner rigueur financière et besoins sanitaires ? Comment préserver la qualité et la proximité des soins sans compromettre la médecine libérale et la dynamique territoriale ? Comment restaurer la confiance pour éviter une fracture durable ? Acteur majeur du débat parlementaire, Thibault Bazin répond sans détour aux questions de la rédaction. Entretien exclusif.

→ Le PLFSS 2026 est présenté par le gouvernement comme un texte de "responsabilité budgétaire". Répond-il aux impératifs de santé publique ?

Les conditions dans lesquelles nous examinons les textes budgétaires sont, une fois encore, particulièrement difficiles. Malgré ce contexte contraint, nous avons de réelles perspectives de discussion et d'amélioration collective. Le scénario de trajectoire budgétaire présenté par le gouvernement repose, selon l'avis du Haut Conseil des finances publiques², sur des hypothèses très volontaristes – et même sur un pari audacieux. Ce projet de loi répond très insuffisamment aux impératifs de santé publique : les besoins sont immenses et les chantiers à engager nombreux. Plusieurs dispositions risquent également de peser sur le pouvoir d'achat de nos concitoyens, comme le doublement des franchises médicales prévu par voie réglementaire ou la révision annoncée des procédures relatives aux affections de longue durée. Tout cela intervient alors que l'évolution de l'ONDAM³ pour 2026, fixée à seulement 1,6 %, constitue une cible extrêmement exigeante, justement au regard de l'inflation des coûts et des besoins de notre système de santé. Je suis convaincu que le redressement durable de nos comptes sociaux passera avant tout par une amélioration du taux d'emploi, grâce à des incitations fortes au travail – le texte aborde utilement, mais encore trop timidement, la question des arrêts de travail abusifs. Il faut aussi s'attaquer plus résolument à la réduction des dépenses inutiles et au renforcement de la lutte contre toutes les formes de fraude, qui fragilisent la solidarité nationale.

→ Quels seront les impacts de ce texte sur la médecine libérale et l'accès aux soins de proximité ? Qu'en est-il de la pertinence des actes, dont la prise en compte est globalement ignorée ?

THIBAUT BAZIN,
député Droite
Républicaine de
Meurthe-et-Moselle
et rapporteur général
de la commission des
affaires sociales pour
la Sécurité sociale



Concernant la médecine libérale, de nombreux éléments du texte doivent être largement amendés pour éviter des effets négatifs susceptibles de compromettre le choc d'attractivité aujourd'hui absolument indispensable. C'est le sens des propositions que j'ai formulées (voir question suivante, *ndlr*). Pour autant, certaines orientations méritent d'être soulignées. La création des structures de soins non programmés constitue une avancée importante pour renforcer la continuité des soins et garantir un

¹ Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

² Avis n° HCFP-2025-5 du 9 octobre 2025 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2026.

³ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

meilleur accès à une offre de proximité. De même, la mise en place du contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire va dans le bon sens pour soutenir l'installation et l'enracinement des médecins dans les territoires. Enfin, la valorisation des outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale est également bienvenue, car elle contribue à améliorer la pertinence et la qualité des soins.

→ **L'article 24 confère à l'Assurance Maladie le pouvoir de fixer unilatéralement les forfaits techniques d'imagerie. Est-ce un impératif budgétaire, une modernisation nécessaire ou une recentralisation dangereuse ?**

J'ai fait adopter plusieurs amendements visant à mieux associer les représentants des secteurs de l'offre de soins aux évaluations de rentabilité qui précèdent les décisions tarifaires. En effet, l'Assurance Maladie ne peut, à elle seule, arrêter le montant des forfaits techniques : il ne faudrait pas que prévaille une logique purement comptable alors que ces forfaits revêtent un enjeu essentiel pour l'allocation des ressources, tant en ville qu'à l'hôpital, avec de très belles coopérations dans nos territoires. Nous avons aujourd'hui des acteurs qui participent pleinement à la permanence des soins et qui développent des pratiques vertueuses, ils doivent être écoutés. Concrètement, j'ai proposé de revoir la méthode et les modalités de concertation : confier la fixation des tarifs à la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale (CEMLIM), y associer les groupes d'imagerie afin qu'ils soient partie prenante des négociations tarifaires, et prévoir que les représentants des médecins et des établissements disposent d'une majorité au sein de cette instance. Enfin, j'ai souhaité préciser que l'évaluation de la rentabilité d'un secteur doit se faire par comparaison avec celle de secteurs d'activité et d'investissement similaires, afin de préserver la capacité d'investissement dans des domaines caractérisés par un progrès technique rapide et continu. Pour être parfaitement clair : l'article 24 cherche à répondre à une modernisation nécessaire, mais il ne doit pas tomber dans une centralisation absconse et punitive.

→ **Quid de l'article 26 dont les radiologues libéraux réclament également le retrait ?**

Je partage pleinement son objectif – inciter au conventionnement et réduire les dépassements d'honoraires – mais je conteste, là encore, la méthode retenue. La rédaction actuelle risque en effet de pénaliser ceux qui jouent déjà le jeu de la modération tarifaire. En ciblant indistinctement l'ensemble des médecins de secteur 2, qu'ils soient ou non adhérents à l'OPTAM⁴, qu'ils participent ou non à la permanence des soins, et quelle que soit leur spécialité, le texte pourrait produire l'effet inverse de celui recherché et décourager l'adhésion à l'OPTAM. Cela pose un vrai problème de méthode et de proportionnalité, d'autant plus que l'étude d'impact de dépassement du gouvernement sur cet article est très insuffisante. Oui, il existe des abus, mais les réalités varient fortement selon les spécialités et les types d'actes, et il ne faut pas généraliser. Au fond, c'est bien la question

du reste à charge pour les patients et des équilibres économiques pour l'Assurance Maladie qui est en jeu. Un acteur essentiel manque d'ailleurs à la réflexion : les complémentaires santé, qui prennent parfois en charge des dépassements importants, et parfois non. Par ailleurs, certains dépassements n'existeraient probablement pas si les tarifs de certains actes avaient été correctement revalorisés ces dernières années. Oui, des hausses ont été constatées, mais elles ont souvent accompagné une augmentation parallèle des charges pour les praticiens. En l'état, cet article me met mal à l'aise : il risque d'être contre-productif, car il pénalisera les médecins vertueux et, à terme, les patients eux-mêmes. L'objectif est juste, mais les moyens employés ne sont pas les bons. Il y a des pistes intéressantes à explorer, mais probablement pas avec la rédaction actuelle. Il faut le (re)construire avec toutes les parties prenantes, avec intelligence et discernement, et non par des robots "bêtes et méchants".

→ **L'ONDAM 2026 prévoit une hausse de + 2,1 % pour l'hôpital et de + 0,9 % pour la ville. Cette asymétrie ne traduit-elle pas un désengagement progressif de l'État vis-à-vis de la médecine libérale, pourtant essentielle à l'accès aux soins ?**

Cette différence reflète principalement un arbitrage budgétaire dans un contexte de maîtrise des dépenses et non un désengagement explicite de l'État envers la médecine libérale. La médecine de ville représente le premier recours des Français et contribue à la continuité des soins et à la désaturation des urgences. En 2024, l'ONDAM a enregistré une sur-exécution pour les soins de ville de 1,5 milliard d'euros, notamment liée aux dépenses de produits de santé et à la hausse des arrêts de travail. Pour 2025, l'ONDAM maintenu à 265,9 milliards d'euros prévoit un dépassement de 739 millions d'euros pour la ville, qui sera compensé par des économies sur d'autres postes. La progression plus faible des soins de ville s'explique par plusieurs facteurs : la suspension ou le report de revalorisations conventionnelles pour contenir la dépense, imposé après le déclenchement du comité d'alerte, ce qui affecte directement les libéraux ; la limitation des marges de manœuvre financières des professionnels de santé en ville, contrairement aux hôpitaux qui peuvent bénéficier de mises en réserve ou de dotations exceptionnelles ; les effets structurels et règlementaires, notamment sur les produits de santé et la maîtrise médicalisée des dépenses. La faible progression ne constitue pas un désengagement formel de l'État, mais un ajustement budgétaire dans un cadre contraint. Cependant, si cette différence se prolonge sans mesures complémentaires (revalorisations ciblées, soutien à l'installation et au maintien des professionnels de santé), elle pourrait avoir un effet indirect sur l'attractivité et la capacité de la médecine libérale à répondre aux besoins de soins de proximité. A terme, il serait souhaitable d'engager une réflexion plus globale sur le pilotage de l'ONDAM, en l'adaptant mieux aux besoins réels de santé et à des objectifs de dépenses, avec une approche pluriannuelle.

⁴ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Vous avez souvent plaidé pour une approche territoriale des politiques de santé. Le PLFSS 2026 ne risque-t-il pas, en uniformisant les règles tarifaires et les mécanismes de régulation, d'étouffer les dynamiques locales d'organisation des soins ?

À l'heure où l'accès aux soins devient un combat dans de nombreux territoires, la réponse doit être collective et concertée. Et le collectif n'est pas l'uniformité. Pour moi, il faut trouver un équilibre : assurer la soutenabilité financière du système et mieux réguler et organiser notre système de santé, tout en préservant l'autonomie et la flexibilité locales, afin que les professionnels puissent organiser les parcours de soins selon les besoins réels des patients. C'est pour une approche plus territoriale que j'appelle, dans ce PLFSS, à réviser régulièrement le zonage conduisant à l'identification des fameuses "zones rouges" ou "sous-denses", en travaillant des territoires plus précis. Ou encore dans cet esprit qu'il me semble indispensable d'associer les acteurs qui comptent dans les territoires aux négociations, notamment tarifaires, tout comme de les inciter davantage au conventionnement. Les professionnels doivent être réellement considérés comme des partenaires capables de proposer des solutions adaptées aux réalités locales, dans un cadre clair et flexible.

→ Entre les inquiétudes des syndicats médicaux et la colère croissante sur le terrain, pensez-vous que ce PLFSS puisse être adopté sans fracture durable entre le gouvernement et les professionnels de santé ?

C'est tout mon engagement en tant que rapporteur général à travers les amendements que je porte : corriger le PLFSS pour qu'il réponde au mieux aux besoins impératifs de santé, mais aussi à la soutenabilité financière et à la pérennité de notre système de santé et de protection sociale !

→ Quel modèle de régulation faut-il désormais inventer pour concilier l'exigence de soutenabilité financière et le maintien d'une médecine libérale forte, innovante et attractive pour les jeunes praticiens ?

L'un des mots clés, c'est la confiance, parfois mise à mal par ce texte budgétaire. La confiance que l'on accorde aux professionnels de santé, que l'on garantit dans leurs conditions d'exercice et dans la reconnaissance de leur travail. C'est, je le rappelle souvent dans mes travaux parlementaires, l'incitation qui permet de réussir le choc d'attractivité que nous souhaitons tous pour la médecine libérale. Il y a aussi un impératif de consultation des acteurs du système de santé : la logique comptable est indispensable et légitime, mais elle ne peut pas prévaloir sur les impératifs de santé publique et les réalités vécues sur le terrain. Pour que les politiques soient efficaces, il faut prendre en compte les spécificités des actes et des pratiques, et adapter les décisions à ces réalités concrètes.

Propos recueillis
par Jonathan ICART



On soigne mieux l'esprit libre

Crédit Mutuel
Professions de Santé

10 rue de Caumartin – 75009 Paris
Tél. : 01 56 75 64 30
Courriel : 06120@creditmutuel.fr

PLFSS 2026

La mort de la convention ?



À l'heure où nous écrivons, nous ne savons pas si le PLFSS présenté par le gouvernement ira au bout de son parcours parlementaire, s'il sera amendé ou si c'est le texte d'origine qui sera adopté. Nous ne savons même pas si le gouvernement sera encore en place au moment de notre parution.

En revanche, au travers de ce projet, nous connaissons les intentions du gouvernement et de la CNAM pour la santé et le monde libéral. Les objectifs sont clairs : asphyxier la médecine libérale avec un budget¹ qui augmente moins que l'inflation et démanteler, à terme, la convention médicale. Pour les radiologues et quelques autres spécialités, c'est dès 2026, la mise sous coupe réglée. Le vote en première lecture de l'Assemblée nationale a confirmé le choix du gouvernement en rejetant les amendements de suppression de l'article 24. Au tour du Sénat de se saisir du texte.

LES REVENDICATIONS DE LA FNMR

- Suppression de l'art 24 qui sort la radiologie de la négociation conventionnelle et prépare la fin de la convention
- Suppression de l'art 26 qui taxe les dépassements
- Équité de traitement de l'ONDAM entre l'hôpital (2,1 % d'augmentation) et la ville (0,9 %)

Pour la médecine libérale, si le PLFSS était adopté en l'état, en particulier avec les articles 24 et 26 qui piétinent la convention médicale, il constituerait la plus forte régression engagée depuis longtemps. Le projet prévoit un déficit record de 23 Md€ dont 17 pour la branche maladie (tableau 1). C'est le résultat de la baisse de la population active (moins de recettes), du vieillissement de la population et de l'augmentation des ALD. Pour remédier à cette situation qui n'est pas nouvelle et était prévisible, le gouvernement engage la remise en cause des relations conventionnelles et des baisses tarifaires massives.

EXTRAIT DE L'ART. 24 SUR LES FORFAITS TECHNIQUES

« Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis [de la Commission des Équipements matériels lourds]. »

Le projet prévoit que la hausse des dépenses pour l'Assurance Maladie² serait de 1,6 % pour 2026. Pour les établissements, l'objectif est supérieur avec 2,1 % d'augmentation prévus. En revanche, pour les soins de ville, le budget n'augmentera que de 0,9 %, c'est à dire qu'il ne couvrira même pas l'inflation (tableau 2).

¹ Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2026

² Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

Plus grave encore, ce projet remet en cause la convention médicale. Avec l'article 24, il prévoit que *lorsqu'il est constaté que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins*, le directeur de l'Assurance Maladie pourra engager des négociations pour obtenir un accord sur un montant de baisse tarifaire décidé par les ministres. Faute d'accord, le directeur pourra procéder aux baisses unilatéralement.

La radiologie, avec d'autres spécialités, est particulièrement visée puisque le même article 24 prévoit que « *Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis mentionné à l'alinéa précédent³* ».

Autre attaque contre la médecine libérale, l'article 26 qui prévoit une surcotisation pour les médecins pratiquant des dépassements. Cette mesure prépare vraisemblablement la suppression pure et simple du secteur 2.

La FNMR a sollicité des parlementaires, députés et sénateurs, pour déposer des amendements de suppression des articles 24 et 26. Elle a aussi proposé un amendement pour donner un statut juridique aux

PIMAP (Plateaux d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité).

→ D'AUTRES ARTICLES AFFECTENT AUSSI L'EXERCICE LIBÉRAL

Article 8 : réduction des niches sociales sur les compléments salariaux (donc augmentation des charges pour les employeurs).

Article 18 : création d'une participation forfaitaire sur les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes, création d'une franchise sur les dispositifs médicaux, et permettre le paiement des participations forfaitaires et franchises directement auprès de certains professionnels de santé. Cet article veut transformer les professionnels de santé en collecteur de participations forfaitaires et de franchises ce qui est inacceptable.

Article 19 : permettre un meilleur accompagnement, basé sur la prévention (création d'un nouveau panier de soins), des patients ayant des pathologies susceptibles afin de limiter les risques de transformation en ALD (plus saisie HAS pour voir comment articuler ce dispositif avec le modèle ALD existant).

³ Il s'agit de la CEMLIM (Commission des Équipements Matériels Lourds d'Imagerie Médicale) créé par l'article 99 de la LFSS 2017.

Tableau 1

Soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Md€)

| | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Maladie | -13,8 | -17,2 | -12,5 | -13,8 | -15,0 | -16,1 |
| Accident du travail et maladies professionnelles | 0,7 | -0,5 | -1,0 | -1,4 | -1,3 | -0,9 |
| Famille | 1,1 | 0,8 | 0,7 | 1,9 | 2,2 | 2,4 |
| Vieillesse | -5,6 | -6,3 | -3,1 | -2,1 | -1,2 | -2 |
| Autonomie | 1,3 | -0,3 | -1,7 | -1,7 | -1,7 | -1,7 |
| FSV | 1,1 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| TOTAL | -15,3 | -23,0 | -17,5 | -17,1 | -16,9 | -18,3 |

Tableau 2

Article 49

| Sous-objectif de l'ONDAM (Md€) | 2025 | 2026 | 2026/2025 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Dépenses de soins de ville | 113,9 | 114,9 | 0,9 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 109,5 | 111,8 | 2,1 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées | 17,4 | 18,2 | 4,6 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées | 15,6 | 16 | 2,6 % |
| Dépenses relatives aux Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement | 6,1 | 6,2 | 1,6 % |
| Autres prises en charge | 3,3 | 3,3 | 0,0 % |
| TOTAL | 265,9 | 270,4 | 1,6 % |

Article 21 : plusieurs mesures sur l'accès aux soins (dont l'harmonisation de l'organisation et du financement de la PDSA et du SAS, création d'un financement des forfaits de régulation de PDSA dans le champ conventionnel sur le modèle des forfaits SAS).

Article 24 : trois spécialités sont particulièrement visées par cet article dont la radiologie. Il est prévu de sortir les forfaits techniques de la régulation conventionnelle pour laisser le directeur de l'Assurance Maladie décider seul des tarifs après avis consultatif de la Commission des équipements médicaux lourds d'imagerie médicale où il dispose de la majorité. Cet article remet aussi en cause le principe de la convention avec tous les professionnels médicaux. Le principe est que si la "rentabilité" d'un secteur ou d'un acte ou d'une prestation ou d'un produit est supérieur aux autres, alors le directeur de l'Assurance Maladie engage des négociations et si celles-ci n'aboutissent pas prend des décisions unilatéralement.

On connaît le sens de la négociation de la CNAM !

EXTRAIT DE L'ART. 24 QUI REMET EN CAUSE LE PRINCIPE MÊME DE CONVENTION AVEC TOUTES LES PROFESSIONS DE SANTÉ

« Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs pour un montant qu'ils déterminent et l'habilitent à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale. »

Article 26 : Il vise à renforcer l'incitation des professionnels à exercer une activité conventionnée en assujettissant les revenus tirés de l'activité non-conventionnée à une sur-cotisation et en permettant de réévaluer son montant par voie réglementaire. C'est un article qui prépare la suppression du secteur 2.

Article 27 : créer un mécanisme d'incitation financière à la pertinence et à l'efficacité des soins pour les établissements de santé.

- Le DG ARS peut attribuer, selon des indicateurs nationaux ou régionaux, une dotation complémentaire aux établissements dont les pratiques sont conformes ou supérieures aux objectifs fixés, ou une minoration financière si des

écarts injustifiés sont constatés. Cette pénalité ne peut pas dépasser 2 % du total des financements versés par l'Assurance Maladie. Les critères de mesure (volumes d'actes, évolution d'activité, taux de prescriptions, qualité des prises en charge, etc.) et les modalités de calcul seront définies par décret.

- L'ARS peut imposer des objectifs de volume ou d'évolution d'activité aux établissements dont les pratiques s'écartent des moyennes régionales ou nationales. En cas de non-respect, l'ARS peut prendre des mesures correctrices, y compris financières. Cet article est imprécis, il renvoie les modalités d'application à un décret. Il ne permettra pas de générer des économies de pertinence.

Article 30 : financement des outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale (le montant du financement dépendra des économies générées grâce aux logiciels concernés). Le périmètre correspond aux 15 programmes de pertinence inscrits dans la convention médicale (dont 1 concerne l'imagerie).

Cet article prévoit que le financement ne pourra se faire qu'a posteriori, ce qui freinera largement les investissements des médecins demandeurs. Le nécessaire marquage CE va aussi freiner le recours à ces outils.

Article 31 : pénalité financière si non alimentation du DMP par les professionnels et les établissements (date d'entrée en vigueur fixée par décret et au maximum le 1^{er} mars 2027). Les pénalités prévues sont de 2 500 € par professionnel jusqu'à 10 000 € au total par an si des manquements sont constatés. Cet article va de pair avec l'article 48 de la LFSS 2025 qui indique que si le DMP n'est pas consulté par le médecin lorsqu'il prescrit un acte coûteux ou un transport de patient – liste des actes fixée par arrêté – alors une pénalité financière est possible contre le médecin prescripteur par le directeur de la CPAM. ●

« SI LE PLFSS ÉTAIT ADOPTÉ EN L'ÉTAT, EN PARTICULIER AVEC LES ARTICLES 24 ET 26 QUI PIÉTINENT LA CONVENTION MÉDICALE, IL CONSTITUERAIT LA PLUS FORTE RÉGRESSION ENGAGÉE DEPUIS LONGTEMPS POUR LA MÉDECINE LIBÉRALE »

Radiologues libéraux

Les solutions pour éviter le naufrage

Le PLFSS 2026 menace le fragile équilibre de la radiologie libérale. Entre risque de fermetures, perte d'attractivité et frein à l'innovation, les conséquences pourraient être dramatiques, en particulier pour les centres d'imagerie de proximité... et tous les patients qui les fréquentent. Huit responsables départementaux livrent leurs analyses et leurs contre-propositions.

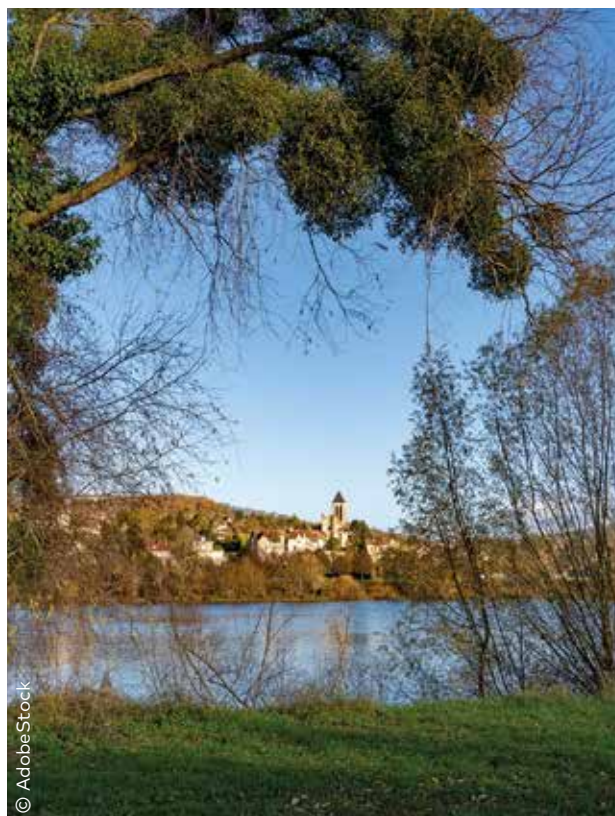
→ Dr Layla BOULOS, présidente de la FNMR du Val-d'Oise (95)

« Respecter les médecins pour sauver la qualité des soins »

↳ **Le PLFSS 2026** : « Les 80 ans de la Sécurité sociale nous invitent à la réflexion, notamment sur sa pérennité. Mais le PLFSS 2026 ne l'aborde que sous l'angle économique. Certes nécessaire, mais uniquement à la charge des médecins. Le résultat sera totalement contre-productif. Soigner les patients exige des moyens financiers pour la Sécu, mais aussi pour les médecins. Or, le PLFSS met en péril cette équation. Les coupes budgétaires prévues visent à redresser les comptes... en sacrifiant les praticiens. Et, par ricochet, les patients. Les cabinets libéraux, déjà endettés, peineront à rembourser leurs équipements, et encore plus à les renouveler. La logique est pourtant limpide : moins de matériel performant, moins de bénéfices pour les patients ! »

↳ **Les articles 24 et 26** : « L'article 24 signe le retour de l'article 99 qui donnait, déjà, au DG de la CNAM le pouvoir de fixer, seul, la valeur des forfaits techniques. Cet article avait été abrogé après de longues négociations avec la FNMR. Ce retour est une régression, voire une malhonnêteté politique. Concernant l'article 26, sur les dépassements d'honoraires, il n'y aurait pas de débat si les tarifs médicaux étaient revalorisés. Or, cela n'a pas été fait depuis 25 ans. Ces dépassements ne coûtent rien à la Sécu : ils sont pris en charge par les mutuelles. »

↳ **Les contre-propositions** : « Il faut investir dans le dépistage. Une pathologie détectée tôt, c'est un traitement plus efficace, un meilleur confort pour le patient et un coût réduit pour la société. Stoppons



également les gaspillages. Il ne faut plus rembourser les examens redondants ou inutiles, ni ceux demandés faute d'accès aux antécédents. Les rendez-vous non honorés doivent aussi être sanctionnés. Il faut surtout respecter les médecins. Les considérer comme des techniciens remplaçables par des délégations de tâches, c'est du nivellement par le bas. Économique à court terme, mais catastrophique à long terme, médicalement et financièrement. Les élus doivent nous soutenir dans notre combat et œuvrer pour que la médecine française reste au meilleur niveau mondial. » ●

→ Dr **Éric CHEVALLIER**, président de la FNMR de Bretagne

« Quand l'économie prime sur la qualité des soins... »

↳ **Le PLFSS 2026** : « Le nouveau projet de loi de financement de la Sécurité sociale marque une rupture inquiétante pour la radiologie et plusieurs spécialités médicales. Il instaure un contrôle total des tarifs des actes, avec un effondrement programmé des forfaits techniques. Cette tendance n'est pas nouvelle : la radiologie a déjà subi 1,5 milliard d'euros de baisses en dix ans. Mais cette année, le virage est inédit et brutal. Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM, justifie ces mesures en évoquant une prétendue "rente", s'appuyant sur un rapport IGAS-IGF erroné. Pourtant, les radiologues n'ont cessé de s'adapter aux décotes successives, une résilience qui semble aujourd'hui se retourner contre nous. Cette bascule menace la profession à très court terme. Les conséquences sont multiples : 40 % des professionnels médicaux et paramédicaux sont déjà proches du burnout, selon plusieurs études. Augmenter encore le rythme de travail pour compenser les baisses tarifaires est irréaliste et dangereux pour la qualité des soins. La santé des praticiens, ignorée par les décideurs, est en jeu. De plus, la capacité d'investissement dans du matériel moderne est compromise, ce qui affectera directement la qualité des examens et l'accès des patients aux technologies les plus performantes. Une économie de 300 millions d'euros sur l'imagerie médicale, dont le budget était de 6 milliards en 2023 (sur 672 milliards de recettes de la Sécurité sociale), met en péril tout le système pour un gain dérisoire. »

↳ **Les articles 24 et 26** : « Le discours de Thomas Fatôme devant le Sénat révèle un objectif bien plus ambitieux : réaliser 700 millions d'euros d'économies sur les forfaits techniques de scanner et d'IRM, soit 70 % de réduction, alors que la première étape ne prévoit "que" 300 millions. L'article 24 lui donne carte blanche pour poursuivre ces baisses, malgré l'augmentation constante des charges et des frais de fonctionnement. Cette logique pousse la radiologie

hors du cadre conventionnel, ce qui est discriminatoire. Qui acceptera d'investir dans du matériel lourd ou dans des projets comme les plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité, essentiels pour désenclaver les déserts médicaux, dans un contexte de baisses sans fin ? Cette situation va décourager les jeunes radiologues, qui préféreront s'installer en secteur 2 pour travailler dans des conditions normales. Une pratique historiquement rare en radiologie. L'article 26, qui prévoit de surtaxer les dépassements d'honoraires, anticipe cette riposte. Il donne une fois de plus le mauvais rôle aux médecins, contraints de répercuter les coûts sur leurs dépassements, au détriment des patients. Le résultat est sans appel : double sanction pour les praticiens et les patients, double économie pour la CNAM, au mépris de l'intérêt général. »

↳ **Les contre-propositions** : « Consciente du contexte économique difficile, la FNMR propose depuis des décennies des mesures de pertinence qui ont prouvé leur efficacité, permettant des économies sans dégrader la qualité des soins. Contrairement aux affirmations de Thomas Fatôme, aucune concertation n'a eu lieu pour ce plan arbitraire, purement comptable, qui ignore les besoins des patients et des médecins. Les députés et les sénateurs ont été informés par courrier et la FNMR reste disponible pour un dialogue constructif. Mais si rien n'est fait, ce projet sera perçu comme une rupture historique : Thomas Fatôme pourrait rester dans l'Histoire comme le fossoyeur du Pacte Social de 1945. Cette logique s'inscrit dans une tendance inquiétante : après l'imposition d'une mutuelle obligatoire aux salariés, l'État semble vouloir se désengager totalement de la santé, sans en assumer la responsabilité, tout en bloquant le secteur 2 par dogmatisme. Le fardeau sera lourd pour les praticiens et les patients. A cela s'ajoute la question des plafonds de remboursement des dépassements par les mutuelles, limités à 200 %, qui ouvre un autre débat. » ●

→ Dr **François KLEIN**, président de la FNMR de l'Hérault (34)

« Recentrer la santé sur la qualité... pas sur la comptabilité ! »

↳ **Le PLFSS 2026** : « Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale s'inscrit dans une stratégie de rigueur budgétaire durable. Le scénario proposé est irréaliste, avec un ONDAM inférieur à l'inflation médicale, qui impose un carcan inédit aux soins de ville. Sous couvert de "prévention" et de "réorganisation", le texte traduit une recentralisation croissante au détriment des acteurs libéraux. Pour la radiologie, cela signifie pression sur la nomenclature, gel possible des enveloppes techniques et affaiblissement de la capacité d'investissement des cabinets. Structures fragilisées, frein à l'innovation et menace directe pour l'accès des patients à une imagerie de proximité

rapide et de qualité... Les conséquences ne seront pas neutres, tant pour les radiologues que les usagers. »

↳ **Les articles 24 et 26** : « L'article 24 ouvre la voie à un financement dérogatoire d'activités diagnostiques et thérapeutiques hors cadre conventionnel qui remet en cause la liberté d'exercice et d'installation des radiologues. Cette disposition préfigure une reprise en main administrative des actes, au profit des structures intégrées ou hospitalières. De son côté, l'article 26 introduit une surcotisation sur les revenus issus des dépassements et renforce la tutelle économique sur les praticiens. Ces mesures vont décourager les

installations, compromettre la pérennité des centres et accélérer la désaffectation des jeunes médecins pour l'exercice indépendant. Pour les patients, cela se traduira par moins de plateaux techniques, des délais allongés et un basculement forcé vers l'hôpital, plus coûteux et moins réactif. »

↳ **Les contre-propositions :** « Maîtriser les dépenses ne doit pas pénaliser les acteurs de terrain. La radiologie libérale peut être un levier d'efficience grâce à la pertinence des examens, l'innovation technologique, la prévention et la télé-expertise. Les propositions de la FNMR sont limpides : réguler par la pertinence plutôt que par le rationnement, soutenir les investissements technologique (IA, renouvellement du parc, interconnexion sécurisée...), valoriser la coordination entre imagerie et parcours de soins, et lancer un plan attractivité pour les jeunes radiologues (aides à l'installation, simplification, accompagnement collectif...). La FNMR nourrit donc trois attentes légitimes vis-à-vis des parlementaires : retirer les articles 24 et 26, garantir un ONDAM "ville" soutenable et réaffirmer la place centrale de la médecine libérale.

Les radiologues veulent être des partenaires de la régulation, mais pas ses victimes. Une politique de santé équilibrée doit s'appuyer sur la confiance, la responsabilité et l'innovation pour préserver une imagerie de qualité accessible à tous. » ●

« LE SCÉNARIO PROPOSÉ
EST IRRÉALISTE, AVEC UN ONDAM
INFÉRIEUR À L'INFLATION MÉDICALE,
QUI IMPOSE UN CARCAN INÉDIT
AUX SOINS DE VILLE »

→ Dr Jean-Louis PUECH, président de la FNMR de Haute-Garonne (31)

« La pertinence plutôt que le rationnement »

↳ **Le PLFSS 2026 :** « Ce texte s'inscrit dans une logique de rigueur budgétaire durable. Cette politique d'austérité va entraîner un retard d'accès aux soins, accentuée par la hausse des cotisations des mutuelles. Les conséquences directes pour les patients seront multiples : difficultés pour obtenir des rendez-vous, réduction des horaires d'ouverture, frein à la création de nouveaux centres et à l'investissement dans des équipements modernes. Les embauches seront également limitées, non sans réduire la disponibilité des services. On observe également un risque de segmentation des actes qui se traduira fatalement par une multiplication des rendez-vous. Autre impact majeur : la présence radiologique dans les zones sous-dotées va se dégrader avec des fermetures, une concentration des plateaux techniques et un recul de l'imagerie de proximité. »

↳ **Les articles 24 et 26 :** « L'article 24 confère un pouvoir dérogatoire au directeur général de la CNAM qui pourra réguler la valeur des actes et des forfaits... sans cadre conventionnel. Contestable juridiquement, cette délégation est autoritaire et discriminatoire. Elle ouvre la voie à des décisions arbitraires et récurrentes, réduisant toute visibilité pour la gestion des plateaux techniques. Cette instabilité fragilisera les cabinets et les exposera à la mainmise de logiques financières. Autre incohérence notable : l'article 26 instaure une surcotisation sur les revenus issus des dépassements d'honoraires qui renforcera la tutelle économique sur les praticiens. Ces pénalités, contestables juridiquement, sont une attaque directe contre le secteur 2, avec des sanctions variables selon les spécialités ou les territoires. »

↳ **Les contre-propositions :** « La FNMR avance des solutions concrètes pour concilier maîtrise des dépenses et qualité des soins. Première des priorités : instaurer une visibilité pluriannuelle afin de garantir une planification stable des plateaux techniques. La FNMR propose également un financement distinct pour le dépistage, séparé des soins courants, pour éviter les injonctions contradictoires. Les dépistages pourraient être pris en charge par les mutuelles ou les assurances privées. Plusieurs mesures seront, par ailleurs, indispensables pour rééquilibrer la relation entre la ville et l'hôpital, en assurant une meilleure cohérence dans l'allocation des ressources et dans la répartition des activités de soins : réviser les prescriptions hospitalières en les sortant de l'enveloppe ville ; évaluer quantitativement et qualitativement les établissements pour identifier les sous-activités ; adopter une tarification unique des GHS entre public et privé avec compensations différenciées pour le public ; valoriser la qualité par des primes et instaurer une participation forfaitaire aux urgences hors hospitalisation, tout en respectant le parcours de soins. Certaines réformes structurelles devront aussi être engagées. La FNMR propose notamment de maintenir les secteurs 1 et 2, avec dépassements négociés, et un secteur 2 OPTAM à plafond national. Elle propose également de supprimer le secteur privé à l'hôpital (hors temps partiels), de recentrer l'Assurance Maladie sur son rôle de financement, et d'instaurer un mandat clair pour le DG de la CNAM avec révocation possible en cas de non-respect. Elle propose, enfin, de réduire le rôle des ARS, de restaurer une gestion paritaire et de revoir l'AME pour plus d'équité. » ●

→ Dr Pierre-François ROBACHE, président de la FNMR de l'Aisne (02)

« Aucune structure ne peut fonctionner sans bénéfiques »

↳ **Le PLFSS 2026** : « Ce texte m'inspire un profond dégoût et une perte complète de confiance envers les structures qui financent la santé. Voilà vingt ans que ces "génies" nous expliquent comment organiser le financement, la gestion locale et la santé publique. Le constat est amer : les résultats sont désastreux. Les cabinets des villes moyennes sont menacés de fermeture à court ou moyen terme, ce qui entraînera une dégradation de l'accès aux soins. Cette évolution rappelle celle d'autres secteurs stratégiques français, victimes d'indifférence et de décisions tardives. »

↳ **Les articles 24 et 26** : « Face aux contraintes financières accrues, les structures médicales devront s'adapter. Dans un premier temps, cela passera par la sélection des examens essentiels, au détriment des soins non urgents et des prises en charge précoces. Ensuite, une restructuration s'imposera : seules les activités rentables seront maintenues. L'accès à du matériel moderne et à l'intelligence artificielle ne sera pas financé, reléguant la qualité et la proximité des soins au second plan. Ces mesures vont fragiliser l'offre de santé et menacer l'équité territoriale. »

↳ **Les contre-propositions** : « La solution ne réside pas dans une gestion à courte vue. Il faut ouvrir partiellement la concurrence dans l'assurance santé, non pas pour libéraliser à outrance, mais pour permettre à de nouveaux acteurs de proposer des offres innovantes. L'Assurance Maladie a démontré



son incapacité à gérer efficacement le financement et son mépris des bonnes pratiques. Les parlementaires doivent rehausser le niveau de discussion et adopter une vision à moyen et long terme, plutôt que des ajustements ponctuels dictés par le calendrier électoral. Une réforme durable doit s'appuyer sur la responsabilité, la transparence et la concertation avec les professionnels. » ●

→ Dr Gérard ROZIER, président de la FNMR du Cantal (15)

« Un signal d'alarme pour toutes les spécialités »

↳ **Le PLFSS 2026** : « Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale suscite de vives inquiétudes. Il annonce la disparition progressive des structures radiologiques dans les zones rurales et éloignées des centres hospitalo-universitaires, où elles subsistent encore partiellement. Cette évolution compromet l'accès aux soins pour des milliers de patients. A cela s'ajoute une crise du recrutement qui touche presque toutes les spécialités médicales, non sans aggraver la pénurie et fragiliser l'offre de soins. »

↳ **Les contre-propositions** : « Trois réponses, simples et efficaces, ne coûteraient rien à la société : rendre obligatoire un stage en cabinet libéral pour tous les radiologues en fin de cursus, en priorité dans les zones défavorisées, comme condition pour obtenir le diplôme ; réviser les autorisations de matériel lourd, en les attribuant par défaut aux radiologues plutôt qu'aux structures financières ou établissements privés qui les emploient ; étendre la durée d'autorisation des équipements lourds, qui passerait immédiatement de sept à dix ans en forfait plein, pour de sécuriser les

investissements et maintenir l'offre technique. Ces mesures constructives permettraient de préserver l'accès aux soins, de soutenir la radiologie libérale et de garantir une couverture territoriale équitable. » ●

« LE PLFSS 2026 ANNONCE
LA DISPARITION PROGRESSIVE DES
STRUCTURES RADIOLOGIQUES DANS
LES ZONES RURALES ET ÉLOIGNÉES
DES CENTRES HOSPITALO-
UNIVERSITAIRES »

→ Dr Coralie SICARD, **présidente de la FNMR de Paris**

« Une gestion autoritaire qui fracture la confiance »



↳ **Le PLFSS 2026** : « Ce texte illustre une absence totale de courage politique face à l'urgence de réformer notre système de santé et de protection sociale. Plutôt que d'agir, les responsables choisissent la démagogie (lâcheté ?) et la facilité. Les solutions proposées reportent l'intégralité du déficit sur les médecins, en ciblant particulièrement la médecine libérale, au lieu de s'attaquer aux véritables causes structurelles. Une décision injuste et inefficace. »

↳ **Les articles 24 et 26** : « À court et moyen terme, les conséquences seront dramatiques. Cette gestion autoritaire et purement comptable, outre son inefficacité, va abîmer la confiance entre la caisse et les radiologues. Totalement déconnectée de la réalité, cette approche devient même méprisante. À long terme, l'absence de relation conventionnelle avec les tutelles risque de provoquer une crise majeure des vocations, non sans aggraver le déficit actuel de médecins. Cette stratégie menace l'équilibre du système et la qualité des soins. »

↳ **Les contre-propositions** : « Il est urgent de renouer le dialogue entre la caisse et les médecins pour rétablir la confiance et définir ensemble la tarification des actes. Un travail considérable doit être mené sur la pertinence des examens, en amont du médecin traitant. Cette démarche doit s'accompagner d'une campagne nationale d'information des patients, initiée par la CNAM et les radiologues, afin de garantir des pratiques adaptées, responsables et efficaces pour améliorer la qualité des soins. » ●

→ Dr Éric TEIL, **président de la FNMR de Savoie (73)**

« L'article 24 doit être abrogé ! »

« L'article 24 du PLFSS 2026 confère au directeur de la CNAM le pouvoir exclusif de fixer les tarifs de radiologie, supprimant ainsi toute négociation conventionnelle. Cette mesure place l'acheteur de l'offre de soins en situation de monopole face aux producteurs, et relève donc du diktat. Cette politique se traduira par une destruction progressive de la radiologie de proximité, une difficulté croissante d'accès aux diagnostics pour les généralistes et les CPTS et une aggravation des inégalités territoriales, notamment dans les zones rurales et les petites agglomérations. L'offre se concentrera dans les grandes métropoles, avec une sur-spécialisation et un recours massif à la télémedecine pour pallier les fermetures locales. Ce projet favorise une radiologie virtuelle, technique et non clinique, avec une interprétation à distance des examens (exemple : Imadis pour Saint-Jean-de-Maurienne). Cette logique remet en cause l'égalité républicaine et la spécificité française du dépistage qui repose sur un examen clinique et un diagnostic immédiat. Sans revalorisation de la mammographie, sans filière dédiée à la prévention et avec la suppression de l'archivage, le dépistage va reculer. L'inflation (+ 30 % en 20 ans) et la baisse du prix des actes (deux euros en moyenne) accentueront encore cette tendance, annonçant un modèle proche des pays nordiques, moins centré sur la clinique. La multiplication des équipements EML risque de créer une sur-offre sans pertinence, avec des défauts de paiement prévisibles. L'administration invoque la

régulation par le marché, mais cette logique fragilise les acteurs libéraux. L'article 24 bloque l'innovation en réduisant les investissements (imagerie spectrale en TDM, IA, radiologie interventionnelle...). Cette baisse d'attractivité menace aussi la French Tech et les projets technologiques nationaux. En définitive, ce PLFSS est une sanction pour la radiologie libérale et un danger pour l'accès aux soins. Les élus doivent réagir pour défendre leurs territoires et geler ces mesures, notamment sur la radiologie, la mammographie et l'imagerie en coupe. Sans ajustement, ce texte risque de transformer la médecine en une offre centralisée, déshumanisée et inégalitaire. » ●

« CETTE POLITIQUE SE TRADUIRA
PAR UNE DESTRUCTION PROGRESSIVE
DE LA RADIOLOGIE DE PROXIMITÉ »

« Une mobilisation globale pour sauver la médecine libérale »



Dr Patrick GASSER,
Président d'Avenir Spé

Selon Patrick Gasser, le PLFSS impose une logique punitive qui fragilise la médecine libérale et l'innovation médicale. Face aux baisses tarifaires imposées, Avenir Spé prône un dialogue responsable et une mobilisation solidaire pour préserver l'accès aux soins des Français.

→ Recentralisation du pouvoir tarifaire, affaiblissement du cadre conventionnel, contrôle accru des dépenses de ville... Que vous inspire le PLFSS 2026 ?

Ce PLFSS revêt une dimension punitive, non seulement pour la médecine libérale, mais aussi pour tous les acteurs du système de santé, dont les industriels du médicament. Dans la configuration politique actuelle, aucune réforme structurelle ne sera amorcée avant la prochaine élection présidentielle. Il faut néanmoins instaurer une forme de stabilité constructive pour capitaliser sur nos maigres acquis. Loin des niveaux antérieurs, il nous faudra composer avec un ONDAM de récession, notamment pour la ville, avec les risques que cela implique. Réduction des investissements, des recrutements et des amplitudes horaires, fermeture de cabinets en zones reculées, moindre renouvellement des équipements compromettant l'innovation et l'accès aux soins... Certaines spécialités motrices, comme la radiologie et la cardiologie, voient leur développement et leurs projets gelés au détriment des patients. La remise en cause du paritarisme est également préoccupante : la négociation conventionnelle se transforme en injonctions, avec des baisses tarifaires imposées, sans réflexion sur la pertinence des actes. Seul un véritable dialogue conventionnel, fondé sur la responsabilité partagée et non sur la contrainte, nous permettra d'avancer collectivement.

→ Le PLFSS 2026 touche l'ensemble des spécialités médicales, mais les réactions restent segmentées. Une action syndicale coordonnée, voire interprofessionnelle, est-elle à l'étude pour défendre un front commun ?

Avenir Spé soutient activement les radiologues, les cardiologues et les radiothérapeutes qui sont les trois spécialités les plus touchées par les mesures délétères de ce PLFSS. Cette nécessaire solidarité entre spécialités se traduit par des actes concrets, dont un plan d'actions coordonnées et progressives, qui a été lancé début novembre : une grève généralisée de la PDES, un désengagement collectif de l'OPTAM, un gel des téléversements dans le DMP et une suspension de notre participation aux projets nationaux et régionaux, comme les équipes de soins spécialisées, auxquelles je suis pourtant très attaché. Le Bureau d'Avenir Spé appelle à une mobilisation solidaire et responsable des médecins, des internes et des jeunes praticiens, pour sauver la médecine spécialisée, son attractivité et la qualité de la prise en charge des patients. Nous avons pour objectif de construire une plateforme intersyndicale commune, incluant syndicats, chefs de clinique et sociétés savantes, qui défend la médecine française dans son ensemble. La mobilisation doit être globale, éthique et orientée vers un cap clair pour l'avenir.

→ Quelles sont vos contre-propositions pour conjuguer maîtrise des dépenses de santé et maintien d'une médecine libérale forte, innovante et attractive pour les jeunes praticiens ?

Il faut rapidement sortir de cette logique comptable, centrée sur la réduction des déficits publics, pour sauvegarder le système de santé, qui est un pilier essentiel de notre contrat social. A l'instar de la prévention, les véritables réformes structurelles exigent une vision, une trajectoire et des financements pluriannuels, mais aussi une gestion plus efficiente des ressources disponibles. Ne l'oublions pas : 30 % des actes seraient non pertinents ! Il y a donc un gisement d'économies important qui serait nettement plus profitable que les baisses tarifaires unilatérales, la suppression des dépassements d'honoraires ou la disparition du secteur 2. La pertinence des soins et des prescriptions suppose néanmoins des référentiels opposables et des sanctions adaptées pour responsabiliser les professionnels et les patients. Autre évolution majeure : il faut accélérer le déploiement la coopération interprofessionnelle et du travail en groupe, plébiscité par les nouvelles générations. Au-delà des bénéfices médico-économiques permis, cette coordination renforcée serait également un rempart contre les GAFAM, dont les plateformes et les algorithmes pourraient fragiliser la souveraineté sanitaire et la solidarité nationale, non sans générer une fuite des données et des modèles inadaptés au système français.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

« Le coup de grâce porté à la médecine libérale ? »

Selon Franck Devulder, le PLFSS oppose logique comptable et accès aux soins au détriment des patients et des soignants. La CSMF sonne la mobilisation générale pour défendre l'indépendance médicale et stopper la casse du modèle libéral.

→ Recentralisation du pouvoir tarifaire, affaiblissement du cadre conventionnel, contrôle accumulé des dépenses de ville...
Que vous inspire le PLFSS 2026 ?

Le PLFSS 2026 marque une nouvelle étape dans la reprise en main étatique de notre système de santé. Après la fin du paritarisme décidée en 1996, le texte actuel acte, de fait, la fin du dialogue conventionnel entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins. Le gouvernement ne cache plus sa volonté d'étatiser toutes les décisions tarifaires et organisationnelles. La médecine libérale, déjà fragilisée par des années de sous-financement et de dévalorisation, se voit ainsi placée sous tutelle administrative. Ce projet de loi traduit une profonde défiance envers les médecins libéraux. En fixant un sous-ONDAM pour la ville historiquement bas, à 0,9 %, il impose une austérité sans précédent, incompatible avec la revalorisation des actes, la reconnaissance de l'expertise médicale et le maintien d'une offre de proximité. Les conséquences seront directes : désengagement des médecins, découragement des jeunes, accélération des départs à la retraite et aggravation des inégalités d'accès aux soins. Le gouvernement semble ignorer qu'une médecine libérale forte est un pilier essentiel de notre système de santé ; l'affaiblir, c'est condamner nos territoires à un désert médical encore plus profond.

→ Le PLFSS 2026 touche l'ensemble des spécialités médicales, mais les réactions restent segmentées. Une action syndicale coordonnée, voire interprofessionnelle, est-elle à l'étude pour défendre un front commun ?

Face à un texte qui s'attaque à toutes les composantes de la médecine libérale, la CSMF plaide depuis longtemps pour un front commun intersyndical et interprofessionnel. Nous avons des spécificités, bien sûr, mais nous partageons les mêmes valeurs : l'indépendance professionnelle, la responsabilité médicale et la conviction que la santé ne peut se gérer comme un simple budget comptable. Aujourd'hui, les spécialités de plateaux techniques lourds, les biologistes, les chirurgiens, les généralistes, tous sont concernés. C'est pourquoi la CSMF appelle à une mobilisation coordonnée des syndicats médicaux et paramédicaux.



Dr Franck DEVULDER,
Président de la CSMF

La division a toujours servi ceux qui veulent affaiblir les professions de santé. Il est l'heure de retrouver une unité d'action, dans le respect des identités de chacun, mais autour d'un message commun : stop à la recentralisation et à la casse du modèle libéral.

→ Quelles sont vos contre-propositions pour conjuguer maîtrise des dépenses de santé et maintien d'une médecine libérale forte, innovante et attractive pour les jeunes praticiens ?

La CSMF n'est pas dans une posture de refus, mais de responsabilité. Nous savons que la dépense publique doit être maîtrisée. Mais cela ne peut se faire au détriment de la qualité et de la proximité des soins. Nos propositions reposent sur trois axes. **Investir dans la médecine de ville** : relever significativement l'ONDAM de ville pour tenir compte de l'inflation, de la démographie médicale et des besoins croissants de santé. Une dépense maîtrisée n'est pas une dépense étouffée ; c'est une dépense intelligente et anticipée.

Renforcer l'attractivité de l'exercice libéral : simplifier les démarches, garantir la stabilité conventionnelle, accompagner les jeunes dans leur installation et valoriser le cumul emploi-retraite. Sans médecins, il n'y a pas de soins. **Encourager l'innovation et la coordination** : soutenir les équipes de soins coordonnées, permettre aux médecins de stocker les vaccins dans leur cabinet, reconnaître les initiatives territoriales portées par les acteurs eux-mêmes plutôt que d'imposer des modèles uniformes depuis Paris. Nous attendons des parlementaires qu'ils jouent pleinement leur rôle : celui de contre-pouvoir et de gardiens du pacte républicain d'accès aux soins. Nous leur demandons de rééquilibrer ce texte, de redonner sa place au dialogue conventionnel et de rappeler que la médecine libérale n'est pas un coût, mais un investissement dans la santé des Français. En somme, le PLFSS 2026 n'est pas seulement un texte budgétaire ; c'est un choix de société. Il oppose la logique comptable à la logique de soin, l'administration à la confiance. La CSMF continue de défendre, avec détermination, une médecine libérale humaniste, moderne et accessible à tous.

Optimiser la prise de rendez-vous et la gestion des plannings

Une formation stratégique pour votre secrétariat



Dr Christian FORTEL,
Responsable pédagogique

Dans un service d'imagerie, la fluidité du parcours patient dépend autant de la compétence médicale que de la précision administrative. Une prise de rendez-vous incomplète, une mauvaise évaluation des contre-indications ou une erreur dans la planification peuvent retarder un diagnostic, surcharger un plateau technique ou désorganiser une vacation interventionnelle.

Pour répondre à ces enjeux, FORCOMED propose une formation en e-learning de 4 heures dédiée à vos secrétaires et agents d'accueil :

"Optimisation de la prise de rendez-vous et gestion des plannings en imagerie médicale."

→ DES CONNAISSANCES TECHNIQUES POUR DES RENDEZ-VOUS JUSTES

Le premier module replace la prise de rendez-vous dans le contexte des principales **modalités d'imagerie** : radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM, imagerie interventionnelle.

Chaque modalité est présentée avec ses **indications clés**, sa **durée moyenne**, et ses particularités — autant d'éléments indispensables pour orienter correctement la demande.

Les participants apprennent à **identifier les contre-indications** (grossesse, pacemaker, allergie, etc.), à **poser les bonnes questions** au patient et à repérer les situations nécessitant une préparation spécifique (jeûne, arrêt de traitement...).

→ INFORMER ET RASSURER LE PATIENT

Le deuxième axe de la formation développe la capacité

à **expliquer clairement les examens** : déroulement, ressenti attendu, consignes avant et après.

Cette pédagogie contribue directement à la **qualité de la relation patient** et à la **réduction des reports** liés à des préparations incomplètes ou à des malentendus.

→ PLANIFIER AVEC RIGUEUR ET RÉACTIVITÉ

Un module entier est consacré à la **gestion et à la priorisation des plannings** :

gestion des urgences, optimisation des créneaux selon la durée des examens, coordination avec les manipulateurs et les radiologues, anticipation des imprévus.

Ces compétences participent à une **meilleure cohérence opérationnelle** et à la **réduction des temps morts**.

→ UNE APPROCHE PRATIQUE, ACCESSIBLE ET ÉVALUABLE

La formation est **100 % en ligne**, structurée autour de **pré-tests, cours commentés, cas pratiques et post-tests**, permettant une progression autonome et mesurable.

Les stagiaires bénéficient d'un **forum d'échanges en ligne** avec les formateurs-manipulateurs en imagerie, **M^{me} Eva Foulquier** (radiologie diagnostique) et **M. Alexandre Bezes** (radiologie interventionnelle).

→ POURQUOI LA PROPOSER À VOS ÉQUIPES ?

Former vos secrétaires à cette démarche, c'est :

- garantir une **prise de rendez-vous adaptée** à l'indication médicale ;
- renforcer la **sécurité et la satisfaction des patients** ;
- **fluidifier vos plannings** et réduire les délais d'attente ;
- **libérer du temps médical** pour les radiologues et les équipes.

→ UNE ORGANISATION EFFICACE COMMENCE DÈS LE PREMIER APPEL

En radiologie conventionnelle comme en interventionnelle, chaque minute compte.

Investir dans la formation de vos équipes administratives, c'est assurer la **qualité et la continuité du soin** dès le tout premier contact.

FORMEZ VOS ÉQUIPES

POUR DES RENDEZ-VOUS

PLUS JUSTES

FORMATION : OPTIMISATION DE LA PRISE DE RDV ET GESTION DES PLANNINGS

Le premier module replace la prise de rendez-vous dans le contexte des principales **modalités d'imagerie** : radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM, imagerie interventionnelle.

Le deuxième axe de la formation développe la capacité à **expliquer clairement les examens** : déroulement, ressenti attendu, consignes avant et après.

Un module entier est consacré à **la gestion et à la priorisation des plannings** : gestion des urgences, optimisation des créneaux selon la durée des examens, coordination avec les manipulateurs et les radiologues, anticipation des imprévus.

Ces compétences participent à une **meilleure cohérence opérationnelle** et à la réduction des temps morts.

UNE APPROCHE PRATIQUE, ACCESSIBLE ET ÉVALUABLE

La formation est 100 % en ligne, structurée autour de pré-tests, cours commentés, cas pratiques et post-tests, permettant une progression autonome et mesurable.

Les stagiaires bénéficient d'un **forum d'échanges en ligne** avec les formateurs-manipulateurs en imagerie, **M^{me} Eva Foulquier** (radiologie diagnostique) et **M. Alexandre Bezes** (radiologie interventionnelle).



Secrétaires



Session à réaliser
entre
le 1^{er} juin et le
21 novembre 2026



4 heures



TARIF : 480 €

Cette formation
peut être prise
en charge
par les OPCO



Scannez
ce QR code
pour obtenir
le lien

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

FORCOMED
Formations pour les Métiers de la Radiologie

GAULOIS, MAIS ROMAINS !

Comment découvrir ce que provoque la rencontre des cultures gauloise et romaine ? Eh bien en allant à Nîmes puisque personne ne sait où est Alésia. Le Musée de la Romanité illustre comment deux cultures, l'une locale, l'autre imposante, ont pu coexister et se sont mélangées pour devenir une nouvelle société et une nouvelle culture dite « gallo-romaine ».

L'exposition explore la manière dont les cultures gauloise et romaine se sont entremêlées pour façonner une identité nouvelle, riche et complexe (Jusqu'au 4 janvier 2026).

Renseignements :

museedelaromanite.fr

16 Boulevard des Arènes – 30 000 Nîmes



BASSIN DES LUMIÈRES

Le monde aquatique est riche et fragile, tout à côté et pourtant toujours mystérieux. Les Bassins des Lumières de Bordeaux offrent son exploration depuis la terre ferme. De écrans géants accompagnés de sons d'ambiance vous plongent au cœur de tranches de vies végétales et animales. En plus de l'exposition permanente, l'exposition temporaire de fin d'année, Entropy, propose une expérience interactive suivant le cours de l'évolution à travers les ères et les courants.

Renseignements :

www.bassins-lumieres.com/fr/ocean
Impasse Brown de Colstoun
33 300 Bordeaux

VIA SENSORIA PARCOURS SENSORIEL DE DÉGUSTATION

À Bordeaux toujours, la Cité du Vin propose une autre immersion dans un autre liquide. L'exposition permanente retrace l'histoire du vin au fil des millénaires et sur cinq continents, grâce à une visite interactive et complète. La vigne, les vigneronns, le service... tous les aspects sont abordés. Bien entendu des dégustations sont à prévoir (qui proposent également des options sans alcool). Prévoyez 2 heures minimum. La réservation est obligatoire.

Renseignements :

www.laciteduvin.com/fr

Cité du vin – 134 Quai de Bacalan
33 300 Bordeaux

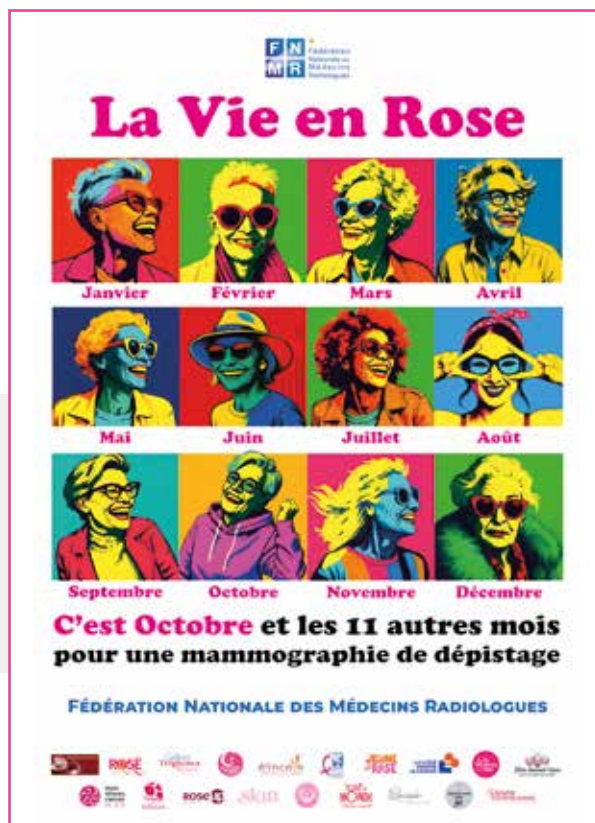


La vie en rose

Le mois d'octobre est celui de *la Vie en Rose* mais le dépistage organisé du cancer du sein, c'est toute l'année. C'est le thème retenu cette année pour l'affiche de la FNMR pour Octobre Rose mais l'affiche pourra être apposée toute l'année.

→ L’AFFICHE

L'affiche a été cosignée par 19 associations de patientes, pour rappeler que la mammographie de dépistage c'est toute l'année. L'affiche est disponible toute l'année pour vos cabinets.



Le dépistage organisé du cancer du sein pourquoi ?

pour découvrir le plus tôt possible un éventuel cancer, pour avoir encore plus de chance de guérir, pour un traitement moins lourd, pour une meilleure qualité de vie

Pourquoi entre 50 et 74 ans ?

C'est le pic de fréquence d'apparition du cancer du sein avec un consensus international sur cette tranche d'âge.

À quelle fréquence ?

Tous les 2 ans, selon les standards internationaux.

La mammographie

C'est aujourd'hui l'examen le plus efficace pour détecter les différentes formes sous lesquelles peut se présenter le cancer du sein.

Qui réalise l'examen ?

Le médecin radiologue, avec le technicien manipulateur.

Pourquoi un médecin radiologue libéral ?

Cela a leur présence sur le territoire assure que les centres d'imagerie médicale, les médecins radiologues libéraux réalisent plus de 80 % des mammographies de dépistage en France. Ils sont donc fortement impliqués dans la 1^{ère} et la 2^{ème} lecture ainsi que dans les structures de gestion départementales ou régionales chargées de l'organisation du dépistage.

→ Résultats

Sur 1 000 femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé

99,3 % d'examens normaux

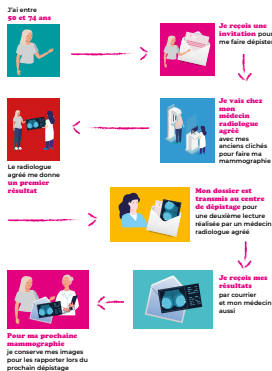
0,7 % confirmation de cancer

1 traitement



Mon parcours de mammographie

Dépistage du cancer du sein



Des questions ?
Contactez le médecin radiologue agréé au dépistage du cancer du sein proche de chez vous
RDV sur monradiologue.fr

→ LE FLYER

Destiné aux patientes pour découvrir le parcours lors d'une mammographie. Ce flyer est aussi disponible toute l'année.



Le Docteur Leyla BOULOS, au siège d'AG2R La Mondiale

DR

Formation Médicale Continue – Radiologie Imagerie Médicale

Le **bureau de la FMC-RIM** a été élu en assemblée générale du 5 octobre 2025
Il se compose de **21 membres** représentant les **4 composantes de la radiologie** :

Président – **Dr Philippe COQUEL**
Secrétaire – **Pr Mickael OHANA**
Trésorier – **Dr Fabien SCHNEIDER**

→ **CERF : 6 représentants**

- Constance de MARGERIE
- Roberto Luigi CAZZATO
- Jan Patrick STELLMANN
- Guillaume CHASSAGNON
- Fabien SCHNEIDER
- Sara BOCCALINI

→ **SRH : 2 représentants**

- Olivier HÉLÈNON
- Cécile SAVOYE-COLLET

→ **FNMR : 7 représentants**

- Philippe COQUEL
- Christian FORTEL
- Éric GUILLEMOT
- Florence LAIR
- Jean-Charles LECLERC
- Jean-Philippe MASSON
- Laurent VERZAUX

→ **SFR : 6 représentants**

- Frédérique AMRAR-VENNIER
- Jean-François HEAUTOT
- Greg LENCZNER
- Mickael OHANA
- Philippe PUECH
- Jean-Luc SARRAZIN

VIE SYNDICALE

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● **AIN**

→ **Le Syndicat Départemental de l'Ain a procédé à l'élection de son nouveau bureau le 18 septembre 2025 :**

Président : **Dr Guillaume LOUIS** – Bourg-en-Bresse
Secrétaire : **Dr Pascale FOUQUE** – Meximieux
Trésorier : **Dr Pascal WITMEYER** – Bourg-en-Bresse

● **CANTAL**

→ **Le Syndicat Départemental du Cantal a procédé à l'élection de son nouveau bureau le 22 octobre 2025 :**

Président : **Dr Gérard ROZIER** - Aurillac

● **ILLE ET VILAINE**

→ **Le Syndicat Départemental d'Ille et Vilaine a procédé à l'élection de son nouveau bureau le 1^{er} octobre 2025 :**

Président : **Dr Jean-Charles GUILLAUME** – Saint-Grégoire
Secrétaire : **Dr Martine CLOUET** – Rennes
Secrétaire Adjoint : **Dr Romain SALVADOR ALONSO** – Rennes
Trésorier : **Dr Tanguy GAUTHIER** – Saint-Malo
Trésorière Adjointe : **Dr Gaëlle DEROT** – Saint-Grégoire
Vice-Présidente : **Dr Jérôme POIRIER** – Saint-Malo

● **SAVOIE**

→ **Le Syndicat Départemental de Savoie a procédé à l'élection de son nouveau bureau le 4 octobre 2025 :**

Président : **Dr Éric TEIL** – Challes-les-Eaux
Secrétaire : **Dr Pierre PASCAL** – Aix-les-Bains
Trésorier : **Dr Christophe GAILLARD COADON** – Aix-les-Bains
Vice-Présidente : **Dr Cécile LECOANET** – Albertville

N° 11067

35 - RENNES

Cession cabinet de radiologie indépendant pouvant convenir à 1 ou 2 radiologues. Structure individuelle, pas de garde, importante patientèle fidélisée. Salles de mammographie diagnostique et dépistage Adece, échographie et radiologie conventionnelle dans un local de 200m² à vendre ou à louer.

👤 Dr Elisabeth d'ANGOULARD

✉ eangouard@gmail.com

N° 11066

73 - CHAMBERY

Cession matériel - Mammographe numérique Planmed Clarity (2017), console de traitement, 3 écrans Barco. Cassette wifi capteur-plan Vieworks (2024), traitement d'images Idetec, écran 21". Orthopantomographe Instrumentarium op 200 d (2017). Echographe GE e 10s (12/2020), 4 sondes parfait état. L'ensemble du matériel proposé en très bon état et très bien entretenu.

👤 Dr Dominique BESSIRE

📞 06 07 32 46 46

✉ d.bessire@free.fr

N° 11008

75 - PARIS 18°

Cession cabinet de radiologie avec 2 salles radio standard avec tables numérisées, 2 salles écho et doppler, 1 salle mammo grand champ, cone beam et panoramique dentaire.

👤 Dr Thierry ZERBIB - 📞 01 42 09 04 04

✉ cimd.75@gmail.com

N° 11065

13 - LA CIOTAT

Groupe 5 radiologues - Recherche associé(e), solide en mammo. Activité sur 2 cabinets, plateau technique performant - Scanner, IRM en hôpital et clinique.

👤 Dr Géraldine PLACKO PAROLA

📞 05 53 52 42 16

✉ pl.geraldine@yahoo.fr

🌐 imagerie-du-golfe.com

N° 11064

14 - CAEN

Recherche un(e) radiologue. Activité radio, écho, séno, scanner, IRM. Possibilité remplacement.

👤 Dr Isabelle GOYAT

📞 02 31 08 38 50 - 06 20 97 10 98

✉ gringore.radio@wanadoo.fr

N° 11063

44 - LOIRE-ATLANTIQUE

Groupe non financiarisé 65 radiologues - Recherche associé/remplaçant - cause départ pour raison familiale prévu fin 2025. Possibilité de surspécialisation. Accès imagerie lourde et radiologie interventionnelle. Remplacements dès maintenant puis en 2026.

👤 Dr Jonathan DUBUT

📞 06 32 89 10 93

✉ jdubut@hotmail.fr

🌐 www.irimed.fr

N° 11062

95 - L'ISLE-ADAM

Groupe 6 radiologues - recherche un(e) radiologue avec possibilité association court terme. Activité sur 3 sites à L'ISLE-ADAM et BEAUMONT-SUR-OISE. Plateau moderne et complet. Activité radio convent, écho, mammo, scan, IRM.

👤 Dr Jennifer ALLALI

📞 06 86 80 15 65

✉ jenniferallali90@gmail.com

N° 11061

77 - BOIS-LE-ROI

Groupe indépendant 12 radiologues, activité secteur 2. Recherche remplaçant(e) en vue d'association, temps plein. Activité sur 4 sites. Radio, densito, 7 échos, 3 mammo (2 avec tomosynthèse), 4 scan (dont 1 spectral), 5 IRM (dont 3 T). Autorisation pour 2 IRM et 1 scan supplémentaire. 7 vacations/semaine avec télétravail.

👤 Dr Thierry LOUISE DIT LEMIERE

✉ radiolemiere@gmail.com

N° 11060

68 - COLMAR

A vendre - locaux 350m², cave aménagée, parking. 3 salles d'écho, 1 salle d'ostéo, 1 salle cone beam, 2 salles radio, 1 salle mammo, 2 salles d'attente, comptoir d'accueil, espaces d'interprétation, bureau comptable, sous-sol aménagé pour le personnel, cuisine cave. PMR à jour. Adossé à un cabinet d'orthopédie.

👤 Dr Valérie WILDY - 📞 06 62 80 51 59

✉ valeriewildy19@gmail.com

🌐 www.imvradiologie.fr

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

✉ simparly2@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 hospitaliers, 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 (mammotome) 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° 11048

40 – DAX

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

👤 M. Alexandre DOTT

☎ 06 75 42 33 53

✉ alexandre.dott@centre-

imagerie-landes.fr

🌐 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

✉ axel.tricherea@irimed.fr

N° 11044

75 – PARIS 19°

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

👤 Dr Julien LAMBRON

☎ 06 84 59 06 10

✉ drjulienlambron@gmail.com

N° 11043

31 – TOULOUSE

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

👤 Dr Charlotte

MARTIN PELTIER

☎ 06 20 51 77 88

✉ cpeltier-martin@rx-infomed.com

👤 Dr Louis David RIVIERE

✉ ldriviere@rx-infomed.com

N° 11041

30 – NIMES

Recherche un(e) associé(e), temps plein ou temps partiel. Activité

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

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° 11037

75 – PARIS 19^e

Recherche remplaçants réguliers vacances 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

N° 11025

30 – NIMES

Groupe indépendant, 14 radiologues, 3 cabinets dont un au sein d'une clinique. Recherche un(e), ou plusieurs associés. Large accès scanner/IRM 1.5 T + 3 T, radiologie et sénologie interventionnelle, projet de mise en place de téléradiologie en interne. Travail 4 jours par semaine modulable.
👤 M. Anthony COSYN
☎ 06 58 30 30 82
✉ anthony.cosyn@animradio.fr

N° 11021

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

Cabinet ville 800m², 4 radiologues, 7 manips. 8 secrétaires, cherche associé(e), vacataire, vacataire

intégré, gestionnaire, etc... plein tps ou mi-temps, activité téléradio complémentaire possible. Equip moderne : écho, 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° 11013

35 – SAINT-MALO

Cherche associé(e). 19 radiologues, 4 cabinets ville, un service séno et un en clinique, vacances 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



LE CONGRÈS PROFESSIONNEL DE LA **FNMR**

BLOQUEZ LA DATE
VENDREDI 19 JUIN 2026 – PARIS

