

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 499 MAI 2026

Le journal de la



PROTOCOLE IMAGERIE

Une négociation sous tension

ENQUÊTES EXCLUSIVES

Radiologie libérale : pilier des soins, oubliée des décisions

© istock

GRAND TÉMOIN

Pr Louis BOYER,
président du G4

PORTRAIT

Dr Éric CHAVIGNY,
radiologue à Dax

ATELIERS PRATIQUES D'IRM MAMMAIRE



Radiologue



Enseignement en ligne
et en présentiel



8 heures



Frais de gestion DPC

odpc

Réf. : 18812325004

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Pratiquer l'IRM mammaire en conditions optimales et pertinentes
- Être le plus précis possible dans la rédaction du compte-rendu en utilisant la terminologie du Bi-Rads
- Conclure le compte-rendu en corrélant au contexte et à l'imagerie conventionnelle
- Proposer une conduite à tenir (CAT)

DÉROULÉ DE LA FORMATION

- **Pré/post-test et évaluations (1 heure)**
- **Pré-test :** Analyse des pratiques à faire en e-learning, avant la formation présentielle.
- **Vidéo Pertinence et justification :** notions générales
- **Post-test :** Evaluation des acquis

Formation présentielle (1 jour) : 20 novembre 2026

- Etat des connaissances – Résultat de l'analyse des pratiques – Attentes des participants
- Les bonnes pratiques en IRM mammaire : Technique – ACR – Indications – Rappel des notions de pertinence
- Ateliers sur console : Problem solving – Cancers
- Ateliers sur console : Dépistage femmes à risque : seins traités, bilan préthérapeutique
- Vacances virtuelles
- Messages pour l'amélioration des pratiques – Questions – Discussion

Tarif médecin radiologue en libéral : formation éligible au DPC, en fonction de votre enveloppe ANDPC seule la somme de 40 € pour les frais de dossiers d'enregistrement DPC est à votre charge (adhérent FNMR : 20 €).

Tarif médecin radiologue salarié des hôpitaux : formation éligible au DPC, les frais d'inscription sont de 800 Euros (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus).

Les formateurs sont le **Dr Luc CEUGNART**, **Dr Isabelle DOUTRIAUX-DUMOULIN**, **Dr Anne TARDIVON** (Radiologues)



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

La radiologie au centre de la prise en charge des patients



« MÊME SI LES TUTELLES EN SONT AGACÉES, LES PATIENTS RECONNAISSENT LE CARACTÈRE ESSENTIEL DE LA RADIOLOGIE »

Dr Jean-Philippe MASSON
Président de la FNMR

Radiologues, nous sommes, depuis toujours, convaincus que notre spécialité est au centre de la démarche diagnostique. Depuis plusieurs années, cette situation s'est enrichie de sa place essentielle dans la prévention et le dépistage des cancers du sein et du poumon. Au-delà du diagnostic et de la prévention, la radiologie interventionnelle a également fait entrer notre spécialité dans la thérapeutique.

Ce n'était que notre impression...

La FNMR a voulu aller plus loin et prouver de façon objective ce que nous ressentons. Notre fédération a donc lancé trois enquêtes, l'une auprès des Français, réalisée par un institut de sondage national, et les deux autres auprès des radiologues et des patients.

La confirmation qui en ressort vient conforter notre intuition, même s'il apparaît que notre spécialité est toujours mal connue sur plusieurs points.

Un autre rapport, celui de l'Institut Sapiens, récemment paru, confirme que la prise en charge précoce des patients permet de faire d'importantes économies pour le système de santé en diminuant les durées d'hospitalisation, les coûts de traitements et la durée des arrêts de travail.

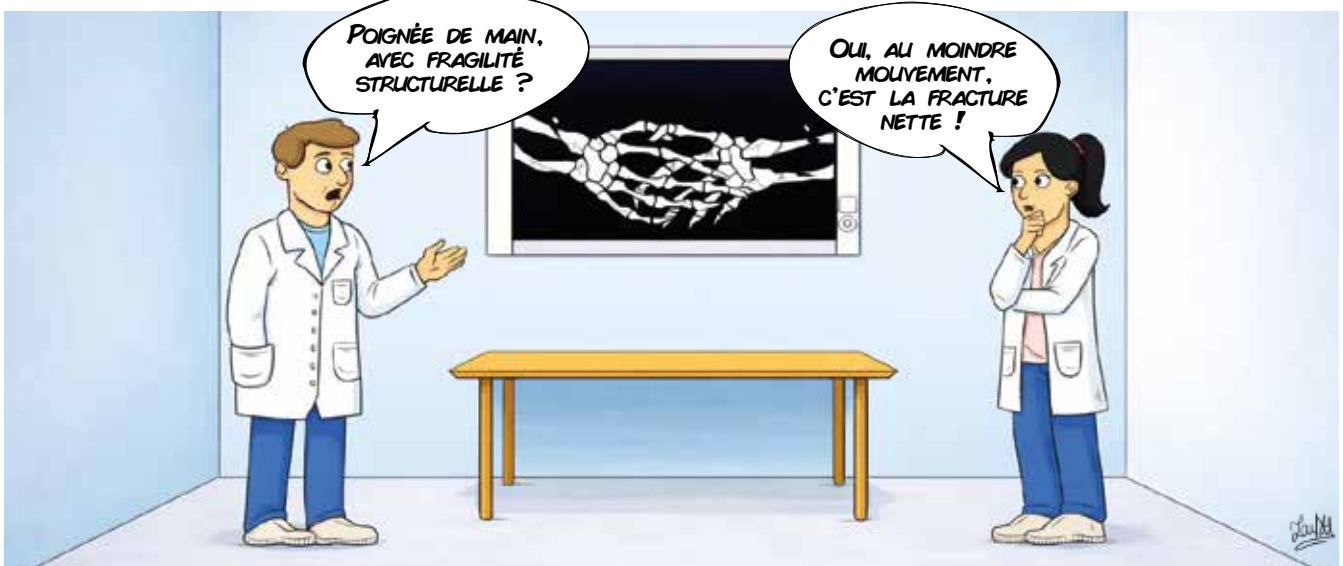
Il ne reste plus qu'à espérer que nos tutelles prendront le temps de lire ces différents documents pour, enfin, comprendre tout l'intérêt d'aller dans une démarche de pertinence et d'accès renforcé à la radiologie au lieu de persister à baisser les tarifs de nos actes pour réaliser des économies court-termistes.

C'est ce dont nous allons pouvoir, rapidement, nous rendre compte lors des négociations avec la CNAM qui reprennent pour l'évolution du plan sur l'imagerie imposé le 5 novembre dernier.

Lors de son dernier conseil d'administration, la FNMR a élu son futur président, le docteur Éric Chavigny. Radiologue Dacquois, il fait partie du bureau de la FNMR depuis de nombreuses années. Il saura, avec son équipe, poursuivre la lourde charge de défense de notre spécialité contre les attaques perpétuelles auxquelles elle est confrontée.

Même si les tutelles en sont agacées, les patients reconnaissent le caractère essentiel de la radiologie. C'est grâce à la qualité de la prise en charge des patients par les radiologues que cette reconnaissance est une réalité. ●

Protocole imagerie : accord solide... ou fracture annoncée ?



6

Imagerie médicale : investir pour mieux soigner

ACTUALITÉ



7

Pr Louis BOYER, responsable du pôle de radiologie du CHU de Clermont-Ferrand et président du G4 : « La démographie radiologique est le défi cardinal »

GRAND TÉMOIN



10

Dr Éric Chavigny, radiologue à Dax : le sens du collectif

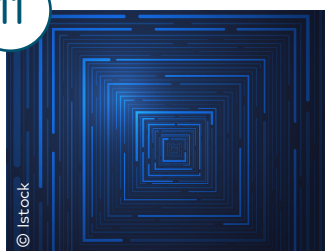
PORTRAIT



11

Protocole imagerie : une négociation sous tension

DOSSIER



**Le Médecin
Radiologue
libéral**

NUMÉRO **499** MAI 2026

3 Édito

5 Brèves

12 Radiologues libéraux : une profession sous pression

17 Syndicats médicaux : concilier maîtrise des dépenses et qualité du diagnostic

20 Radiologie libérale : essentielle... et pourtant ignorée

26 ECR 2026 : une radiologie qui fait sens

28 CCAM : une réforme technique, une impasse économique

29 Remplacements : les règles de facturation à ne pas manquer

30 Conseil d'administration : mars 2026

37 Loisirs

38 Petites annonces

Annonces : Forcomed p. 2 – Imagine 2026 p. 35 – Labelix p. 39

Directeur de la publication
Dr Jean-Philippe MASSON

Rédacteur en chef
Dr Paul-Marie BLAYAC

Secrétaire de rédaction
Wilfrid VINCENT

Président
Dr Jean-Philippe MASSON

Responsable de la publicité
Dr Éric CHAVIGNY

Conception maquette
Rive Communication

Maquette
Rive Communication

Crédits photos
iStockphoto – AdobeStock

**Édition, secrétariat, publicité
rédaction, petites annonces**
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 5 000 €
Tél. : 01 53 59 34 00
www.fnmr.org – E-mail : ediradio@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Imprimerie Decombat
5 bis rue Gustave Eiffel – 15000 AURILLAC
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022
ISSN 3073-5343



CNOM : L'IGF POINTE DES FAILLES DE GOUVERNANCE ET DE GESTION

Révéle par la presse en mars dernier, un rapport récent de l'Inspection générale des finances met en évidence des dysfonctionnements notables au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins. L'institution est notamment critiquée pour une gestion financière jugée insuffisamment encadrée et une gouvernance qualifiée de perfectible. Selon l'IGF, une part importante du budget, alimenté par les cotisations obligatoires

des médecins – plus de 80 M€ par an – serait consacrée à des actions de communication et de lobbying, au détriment des missions disciplinaires et du contrôle déontologique. Le rapport souligne également la lenteur des procédures disciplinaires. Sur plusieurs milliers de plaintes déposées chaque année, seules quelques centaines aboutiraient à une sanction. Ces constats interrogent l'équilibre entre la fonction de représentation professionnelle et la mission de régulation confiée à l'Ordre. Son président, Stéphane Oustric, reconnaît certaines insuffisances et annonce des mesures destinées à renforcer la transparence financière et à améliorer le traitement des plaintes. Associations de patients et responsables politiques appellent, pour leur part, à un contrôle accru de l'État.



EXERCICE LIBÉRAL : LA CN URPS ET SEPT SYNDICATS CRÉENT UN COMITÉ COMMUN

La Conférence nationale des URPS et sept syndicats médicaux, qui représentent plusieurs dizaines de milliers de praticiens libéraux, ont annoncé la création d'un comité d'interface chargé d'élaborer une position commune sur l'avenir de l'exercice libéral. L'initiative vise à renforcer la coordination entre organisations face aux enjeux de démographie médicale, de charge administrative, de rémunération et de coordination entre la ville et l'hôpital. Le comité aura pour mission de formuler des recommandations partagées afin de peser davantage dans les échanges avec l'Assurance Maladie et les pouvoirs publics, et d'anticiper les évolutions du système de santé.

ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ : LES PRIORITÉS EXPRIMÉES PAR LES FRANÇAIS

Clôturée en février dernier, la consultation citoyenne des États généraux de la santé et de la protection sociale a réuni près de 77 000 participants et généré plus de 2,2 millions de contributions, dont environ 400 000 verbatims. Les résultats confirment l'attachement massif des Français au modèle de protection sociale solidaire, neuf répondants sur dix déclarant souhaiter le préserver. Ils font également émerger des priorités claires : accès aux soins, réduction des délais, santé mentale, prévention et conditions de travail des soignants. Une phase de co-construction, associant citoyens et experts, doit désormais transformer ces attentes en propositions concrètes, attendues cet automne.

SANTÉ : UN SECTEUR TRÈS EXPOSÉ AUX CYBERATTAQUES

En 2025, le secteur de la santé figure parmi les trois plus exposés aux cyberattaques en France, selon l'ANSSI, avec plusieurs centaines d'incidents signalés sur l'année. Cette vulnérabilité s'explique par la valeur stratégique des données médicales et la complexité des systèmes d'information. La récente fuite de données chez Cegedim Santé, portant sur plusieurs millions de dossiers, illustre les risques encourus : exposition massive d'informations sensibles et perturbations organisationnelles majeures.

Face aux menaces constatées, les autorités rappellent l'importance du chiffrement des données, de la mise à jour régulière des systèmes et de la formation des professionnels.



CANCER DU SEIN : 23 000 DÉCÈS ÉVITÉS GRÂCE AU DÉPISTAGE

Selon une étude de l'Institut national du cancer, le dépistage du cancer du sein aurait permis d'éviter environ 23 000 décès en France entre 2004 et 2018, correspondant à une baisse de la mortalité proche de 20 %. Le dépistage précoce contribue également à réduire de 26 % la part des cancers diagnostiqués à un stade métastatique. Toutefois, la participation au programme reste limitée, avec seulement 46 % des femmes éligibles, ce qui en limite l'impact global. L'INCa insiste sur la nécessité de renforcer la couverture, de réduire les inégalités territoriales et d'intégrer les innovations en imagerie afin d'améliorer l'efficacité du dispositif.

Imagerie médicale

Investir pour mieux soigner

Dans un rapport ¹ qui vient en contrepoint des discours institutionnels, l'Institut Sapiens alerte : contraindre l'imagerie médicale compromet le diagnostic, retarde les prises en charge, provoque des surcoûts... et fragilise la radiologie libérale.

Dans un rapport publié mi-mars, l'Institut Sapiens propose une lecture analytique du secteur qui tranche avec les positions institutionnelles récentes. Du diagnostic initial au suivi thérapeutique, imagerie médicale et médecine nucléaire y sont décrites comme une infrastructure indispensable du système de santé, mais aussi comme un levier central de qualité et d'efficacité des prises en charge. « L'imagerie structure désormais l'ensemble des décisions médicales », soulignent les auteurs. Dans les établissements de santé, plus de 80 % des décisions cliniques reposent sur au moins un examen d'imagerie. Son impact est décisif pour le diagnostic précoce, dont dépend directement le pronostic. En cancérologie, cardiologie ou neurologie, le délai d'identification conditionne la survie et la qualité de vie. « Le temps est un déterminant majeur de la perte de chance », rappelle l'Institut Sapiens. En oncologie, un diagnostic tardif implique des traitements plus lourds, plus longs et plus coûteux. L'imagerie joue aussi un rôle clé dans l'organisation des soins : « Elle réduit l'errance diagnostique, limite les gestes invasifs et évite des hospitalisations inutiles. » Un examen facturé entre 80 et 200 euros peut ainsi prévenir une journée d'hospitalisation, dont le coût approche 950 euros.

→ DES ÉCONOMIES IMMÉDIATES AUX SURCOÛTS DIFFÉRÉS

Le rapport déconstruit une idée reçue : l'imagerie serait une dépense incontrôlée. En réalité, elle représente une part stable des dépenses de santé, comprise entre 2,5 et 3 % depuis plus de dix ans. Selon la Drees, l'activité des centres d'imagerie médicale de ville atteignait 5,5 milliards d'euros en 2024. Un niveau jugé « modéré » au regard de son rôle structurant dans les parcours de soins. Cette « perception biaisée » tient largement à un effet de temporalité. « Le coût de l'imagerie est immédiat, mais ses bénéfices sont différés », analysent les auteurs. Hospitalisations évitées, complications prévenues ou traitements allégés apparaissent rarement dans les outils de pilotage à court terme, nourrissant l'illusion d'économies rapides. Les comparaisons internationales montrent pourtant l'effet inverse. Au Royaume-Uni, le sous-investissement chronique – 10 scanners et 8,6 IRM par million d'habitants, contre 20,5 et 12,4 en moyenne dans les pays de l'OCDE-UE – s'est traduit par des délais diagnostiques allongés et des résultats dégradés en cancérologie. La survie à cinq ans du cancer colorectal y



atteint 60 %, contre 71 % en Australie. La modélisation économique est explicite : une réduction linéaire de 300 millions d'euros générerait, à moyen terme, 180 millions d'euros de surcoûts. À l'inverse, une stratégie fondée sur la pertinence diagnostique permettrait de dégager 160 millions d'euros d'économies nettes, relève l'Institut Sapiens.

→ RADIOLOGIE LIBÉRALE : UN ACTEUR STRATÉGIQUE FRAGILISÉ

La radiologie libérale assure une part essentielle de l'activité d'imagerie en France et porte la quasi-totalité de la croissance de la demande. « Son modèle économique est pourtant fragilisé par des politiques tarifaires inadaptées », alertent les auteurs. Baisse répétée de tarifs, régulation des équipements lourds et hausse des charges d'exploitation réduisent les marges et compliquent le financement des investissements. Cette fragilisation s'inscrit dans un contexte de retard technologique marqué. L'âge médian des IRM françaises atteint dix à douze ans, contre six à huit ans dans plusieurs pays européens. « L'ancienneté des équipements limite la productivité et freine l'innovation, notamment en matière d'intelligence artificielle, qui repose sur des machines performantes et interopérables », notent les auteurs. Sous le poids de ces tensions, le secteur se concentre progressivement. La mutualisation facilite l'investissement et l'innovation, mais pose la question de l'indépendance professionnelle et du maintien d'une offre de proximité. Dans certains territoires fragiles, les délais d'accès à l'IRM sont déjà multipliés par deux ou trois, non sans accentuer les inégalités d'accès aux soins. La conclusion du rapport est sans ambiguïté : « La radiologie libérale n'est pas une variable d'ajustement, mais un acteur stratégique à soutenir... » ●

Jonathan ICART

¹ « Imagerie médicale : impact sur la santé publique et les dépenses de santé », Institut Sapiens (mars 2026).

« La démographie radiologique est le défi cardinal »

Pour le Pr Louis Boyer, la démographie conditionne l'avenir de l'imagerie médicale. Au-delà des réponses purement quantitatives, il plaide pour des solutions encadrées et territorialisées, recentrées sur la qualité et la sécurité des soins radiologiques, la relation au patient et des moyens économiques proportionnels aux enjeux.

→ Vous présentez la démographie médicale comme le défi majeur, dont dépendent la téléradiologie, le transfert de tâches ou la financiarisation. En quoi la pénurie recompose-t-elle l'organisation de l'imagerie ?

La démographie médicale est effectivement un problème cardinal, car elle explique l'émergence de "solutions de substitution" qui, lorsqu'elles ne sont pas raisonnées, finissent par aggraver le problème qu'elles prétendent corriger. Face au manque de radiologues, la tentation est grande d'étendre la téléradiologie, d'invoquer comme une incantation l'intelligence artificielle, de promouvoir les transferts de tâches, ou d'accepter plus facilement des logiques de financiarisation. Ces réponses, parfois simplistes, peuvent néanmoins fragiliser une offre radiologique déjà dégradée. La téléradiologie rend service pour assurer une permanence des soins dans des territoires sous-denses, mais quand elle devient systématique – notamment aux heures ouvrables – elle altère la relation entre le radiologue et le patient et accentue la désertification médicale. Quant à elles, la délégation ou le transfert de tâches posent une question centrale de responsabilité des actes médicaux : déléguer ne signifie jamais se décharger. La financiarisation peut également conduire les radiologues à perdre la maîtrise de leur outil, alors même que notre métier implique de choisir et de piloter ses moyens. La priorité reste donc de traiter la cause : former davantage et mieux répartir les ressources, humaines et techniques, dans les territoires.

→ L'accès aux évolutions technologiques, notamment en interventionnel, devient une problématique croissante. Quels sont les freins et comment éviter une radiologie à deux vitesses ?

L'innovation est permanente en radiologie et son impact sur la qualité et la sécurité des soins immédiat, en

PR LOUIS BOYER,
responsable du pôle
de radiologie du CHU
de Clermont-Ferrand
et président du G4



imagerie diagnostique et en radiologie interventionnelle, où elle transforme directement les parcours de prise en charge. Le premier frein est matériel : bénéficier du progrès suppose de disposer des équipements les plus récents et les plus performants, ce qui nécessite des investissements. La radiologie doit être pensée comme un investissement, et non comme un coût. Il existe aussi un frein institutionnel : la reconnaissance officielle des innovations, trop lente dans notre pays, puis leur valorisation. De nombreux actes nouveaux, notamment interventionnels, ne sont pas cotés ; le progrès existe, mais il n'est pas reconnu rapidement dans les

classifications, ralentissant ainsi sa diffusion. Ce retard n'est pas neutre : différer l'accès à des techniques moins invasives et plus précises, c'est parfois retarder un diagnostic ou un traitement, avec des patients pris en charge plus tardivement, à des stades plus avancés. Cela entraîne des pertes de chance, mais aussi des surcoûts pour la collectivité. En interventionnel, investir tôt permet souvent d'éviter de prolonger le recours à des chirurgies lourdes, à des hospitalisations prolongées ou des trajectoires de dépendance. L'enjeu est donc d'accélérer les processus d'évaluation et de reconnaissance, afin que les innovations bénéficient rapidement aux patients, partout dans le pays.

→ Sur l'intelligence artificielle, où placer le curseur pour l'intégrer sans fragiliser la qualité et la responsabilité médicale ?

Il faut être très clair : l'intelligence artificielle, dite organisationnelle, améliore l'organisation des soins, simplifie les flux et permet de prioriser les situations urgentes. Sur ces trois volets, les gains sont réels. En revanche, sur le chapitre de l'aide au diagnostic, on touche au cœur de la médecine par les preuves avec l'exigence d'évaluation des algorithmes, et la question de leur financement. On ne peut pas déployer massivement des outils dont on ne connaît pas précisément la performance en vie réelle ni les conditions de sécurité. Et il ne faut pas entretenir l'illusion d'un remplacement. Une IA qui se trompe dans 5 % des cas, c'est considérable. L'erreur n'est pas abstraite, quand elle correspond à une fracture non détectée ou à un cancer du sein méconnu. L'intelligence artificielle peut constituer une aide ; elle ne pose pas un diagnostic toute seule. La responsabilité demeure médicale. Le curseur réside donc dans une intégration maîtrisée : validation médicale scientifique indépendante des algorithmes, usages ciblés, formation, traçabilité, et modèle économique transparent. L'idée n'est pas de faire sans les radiologues, mais de mieux faire avec eux.

→ Vous reconnaissez l'utilité de la téléradiologie pour la permanence des soins, mais vous alertez sur ses dérives. Quelles dispositions préconisez-vous ?

La téléradiologie a démontré son utilité dans un cadre précis : garantir une permanence des soins, notamment dans des établissements où il est difficile de maintenir une présence suffisante. Idéalement territorialisée, assumée entre radiologues hospitaliers et libéraux d'un même territoire, elle peut constituer une solution transitoire et pragmatique pour éviter une rupture d'accès aux soins. Mais elle ne doit pas devenir une activité systématique, encore moins aux heures ouvrables, car elle finit par transformer l'organisation au détriment du maillage territorial. Lorsque l'imagerie se décroche du territoire, la relation directe avec le patient disparaît. Or celui-ci a le droit – et souvent le besoin – d'échanger avec le radiologue, de comprendre un résultat, d'être rassuré ou accompagné lors d'une annonce difficile. Il s'agit donc de trouver un juste équilibre : utiliser la téléradiologie comme un outil de sécurisation, et non comme un modèle de production. L'organisation doit en être, autant que possible territorialisée, concertée entre les acteurs locaux, articulée avec la coopération ville-hôpital, et la circulation fluide des images et des comptes rendus. Si la téléradiologie sert à compenser la

« IL FAUT GARANTIR LA DIFFUSION DES INNOVATIONS ET ÉVITER UNE "RADIOLOGIE À DEUX VITESSES" »

pénurie sans la traiter, elle aggrave la désertification. Elle doit rester une réponse, si possible, territorialisée, encadrée et proportionnée.

→ Radiologie libérale et hospitalière sont désormais complémentaires. Comment organiser cette coopération ?

La radiologie est au cœur de la majorité des filières de soins : dépistages, diagnostics, bilans d'extension, interventionnel et suivis des patients traités ou non. Elle concerne tous les âges de la vie et tous les territoires. Dans ce contexte, l'offre de soins radiologiques ne peut être suffisante qu'en associant ses forces vives, libérales et publiques : proximité programmée, urgences et permanence des soins, soins radiologiques de recours et de référence en surspécialités d'imagerie par organe, en radio-pédiatrie ou en radiologie interventionnelle avancée. Nous ne nous trouvons plus dans une logique de concurrence, mais d'addition des compétences, car nous ne sommes pas assez nombreux. Organiser cette complémentarité suppose un dialogue permanent et une mutualisation des expertises : tout le monde ne fait pas tout. Il faut permettre aux patients d'accéder, au plus près de chez eux, à l'offre la plus pertinente et performante, y compris pour des techniques ou des expertises non disponibles localement. La clé réside dans la circulation fluide des images et des comptes rendus, mais aussi dans une bonne coordination entre radiologues à l'échelle des territoires réels de la vie concrète, et non uniquement des grandes régions administratives délimitées par les Agences Régionales de Santé. L'objectif est de construire un maillage cohérent et lisible, garant de l'équité d'accès aux soins, sans compromis sur la qualité.

→ La pénurie touche les radiologues et les manipulateurs. Quelles priorités activer pour une réponse durable, notamment dans les zones sous-denses ?

Il faut d'abord analyser les causes : le vieillissement de la population, la progression des pathologies chroniques et la place, devenue centrale, de la radiologie diagnostique et interventionnelle entraînent une hausse continue de l'activité. Dans le même temps, un effectif suffisant de manipulateurs fait défaut. Les vacances de postes sont importantes, au moment où les tutelles autorisent davantage d'équipements lourds, ce qui devrait imposer d'en former plus. La réponse ne peut être que nationale. Elle suppose d'harmoniser pleinement les formations, actuellement assurées par deux filières distinctes, et de renforcer les effectifs formés dans les écoles existantes, plutôt que de multiplier des structures aux promotions limitées. Il est également indispensable de lever les freins à la mobilité européenne. Le diplôme français, fondé sur une triple valence spécifique (radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie), n'entrave pas le départ de nos professionnels, mais complique inutilement l'accueil de manipulateurs étrangers pourtant qualifiés, soumis à des compléments de formation disproportionnés. Chez

les radiologues, le constat est comparable : un tiers de la profession a plus de 60 ans. Selon le CERF¹, les facultés et CHU ont pourtant la capacité de former bien davantage de jeunes radiologues, jusqu'à 370 par an, contre 251 en 2025, alors que 276 avaient été diplômés en 2015 ! Il faut donc résolument augmenter le nombre de radiologues formés en France. Ce message capital, désormais partagé par toute la profession, reste toutefois ignoré par les pouvoirs publics. Enfin, dans les territoires déjà fragilisés, la réponse ne peut se limiter à la dématérialisation : elle passe par des mesures encourageant les installations, les réseaux de proximité, et le maintien du dialogue avec le patient, dimension essentielle de la spécialité.

→ Quel message souhaitez-vous adresser aux jeunes radiologues ?

Je souhaite leur dire ceci : vous avez choisi l'une des spécialités les plus complètes et les plus passionnantes, qui intervient à toutes les étapes de la plupart des parcours de soins, pour toutes les pathologies.

Elle est en évolution constante, intellectuellement stimulante et profondément utile. Annoncer une bonne nouvelle, orienter un patient, poser un diagnostic précoce, proposer un traitement innovant : c'est cela notre métier. Une médecine humaine, moderne et indispensable, à condition de lui donner les moyens d'exister durablement.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Collège des Enseignants en Radiologie de France

« LA TÉLÉRADIOLOGIE COMMERCIALE
PEUT ÊTRE UTILE POUR LA PERMANENCE
DES SOINS, MAIS ELLE EST DANGEREUSE
SI ELLE DEVIENT UN MODE D'EXERCICE
"PAR DÉFAUT" »



Conseil d'administration de la FNMR ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT ET DU BUREAU

Le Conseil d'administration de la FNMR, réuni à Paris le 21 mars, a procédé à l'élection statutaire du président de la FNMR et de son bureau, pour une prise de fonction en juin 2026.

ONT ÉTÉ ÉLUS

PRÉSIDENT : Dr Éric CHAVIGNY – (Nouvelle Aquitaine)

PREMIER VICE-PRÉSIDENT : **Dr Éric GUILLEMOT – (PACA)**

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX : **Dr Katia GIOBBINI (Occitanie) – Dr Sébastien THIRIAT (Grand Est)**

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX ADJOINTS : **Dr Cédric BROCHART (Hauts-de-France) –**

Dr Éric CHEVALLIER (Bretagne) – Dr François JAMBON (Nouvelle Aquitaine) – Dr Éric TEIL – (AuRA)

TRÉSORIER : **Dr Alain FRANÇOIS – (AuRA)**

TRÉSORIER ADJOINT : **Dr Dominique MASSEYS – (Nouvelle Aquitaine)**

Le nouveau bureau, élu par le conseil d'administration,
prendra ses fonctions à l'issue de l'assemblée générale du 20 juin.

À PROPOS DE LA FNMR

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) représente plus de 4 000 radiologues libéraux (30 000 collaborateurs), au cœur d'un réseau de 7 776 médecins dans toute la France.

Les radiologues assurent chaque année près de 80 millions d'actes (radiographie, échographie, scanner, IRM, imagerie interventionnelle), jouant un rôle central dans la chaîne de soins : diagnostic, dépistage, thérapeutique et suivi.

Grâce à leur expertise et à leurs investissements constants, les cabinets d'imagerie garantissent un accès rapide et de qualité à une médecine moderne et innovante.

Contact presse : info@fnmr.org – 168, rue de Grenelle – 75007 Paris – Tél. : 01 53 59 34 00

Éric CHAVIGNY

Le sens du collectif

Loin des trajectoires balisées, Éric Chavigny a construit une imagerie pensée comme un maillon structurant du parcours de soins. Pour ce radiologue de terrain, le soin commence toujours par la relation, se prolonge dans l'organisation et se forge dans le collectif. Une conviction ancrée dans la durée, et bientôt portée au niveau national.

Le soin comme point de départ. Originaire de Haute-Garonne, Éric Chavigny grandit dans l'officine familiale de Muret, près de Toulouse. Ses parents, pharmaciens, y soignent sans grand discours, au fil des jours et des visages connus. « Je comprends rapidement que la santé commence par la relation, pas par la technique. » Adolescent, pourtant, il s'échappe. Cavalier passionné, il rêve de devenir vétérinaire. Le projet s'évanouit, mais pas son élan : soigner reste le fil rouge. La médecine devient une évidence. À la faculté de Toulouse Purpan, il cherche sa place. L'anatomie le séduit, l'orthopédie l'attire un temps. Puis la radiologie s'impose. « C'est une spécialité centrale : on éclaire la décision médicale, sans jamais la confisquer. » Un premier échec au concours de l'internat ralentit son parcours. Il en fait une étape fondatrice. Pendant un an, il remplace comme médecin généraliste en milieu rural. Urgences nocturnes, isolement géographique, interventions avec les pompiers rythment son quotidien. « Cette médecine du réel aura été une expérience marquante. Elle me rappelle en permanence que derrière chaque examen, il y a une attente, une inquiétude, une responsabilité. » Cette expérience laissera une empreinte durable. Chez Éric Chavigny, la radiologie ne sera jamais une simple production d'actes, mais bien un geste clinique, pleinement inscrit dans un parcours de santé.

→ À CONTRE-COURANT

Admis à l'internat dans l'interrégion Nord, Éric Chavigny quitte le Sud pour Rouen. Le dépaysement est réel, l'apprentissage intense. À l'hôpital, il se forme en imagerie ostéo-articulaire et en sénologie, et s'engage dans la vie collective : représentation des internes, instances hospitalières, premiers pas syndicaux. « La médecine ne s'exerce jamais hors sol : son organisation conditionne sa qualité. » À la fin des années 1990, il prend une autre direction que la plupart de ses confrères. Direction Dax. Pas une métropole, pas une installation clé en main, mais un territoire sous-doté. En 2000, il s'installe en libéral, sans scanner ni IRM. « Il y avait une opportunité de construire une réponse sur mesure, et



non de dupliquer un schéma préexistant. » Les obstacles surgissent vite. L'ARS lui explique que les Landes, ce sont « des pins et des canards ». La phrase le heurte. Il s'en empare. Un article dans Sud Ouest, des échanges tendus, mais constructifs. « Je ne demandais pas des machines. Je demandais qu'on raisonne en besoins populationnels et en parcours de soins. » Peu à peu, le rapport de force se transforme en discussion. Les autorisations arrivent : scanner, puis IRM. Il associe très tôt l'hôpital, met en place des RCP de sénologie en ville. La méthode Chavigny se dessine : « On n'obtient rien par la confrontation. Il faut

expliquer, argumenter, démontrer. Et surtout construire avec ceux qui sont là. »

→ LE COLLECTIF COMME BOUSSOLE

Vingt-six ans après son installation, la page blanche est devenue un projet structurant. Vingt et un radiologues, cinq sites, plusieurs plateaux d'imagerie couvrant près de 200 000 habitants. « Le matériel n'a jamais été une finalité. Sans projet médical, il ne vaut pas grand-chose... » Éric Chavigny se dit ambitieux, mais pas carriériste. Ancien rugbyman, il revendique une culture de l'endurance. « Sur un terrain comme en syndicalisme, on encaisse, on analyse et on repart. Le collectif reste la seule boussole. La cohérence prime sur la performance individuelle. » De l'ANEMF¹ à la FNMR, dont il prendra la présidence fin juin, Éric Chavigny défend une imagerie pensée comme un maillon structurant du parcours de soins, en lien étroit avec les autres disciplines. Il est également l'un des artisans du PIMAP², conçu comme un cadre collectif pour penser l'organisation de l'imagerie médicale au service des besoins de santé des territoires. Précurseur sur les réseaux sociaux, il pousse la FNMR hors de sa communication interne, convaincu que la profession doit parler à son époque, dès 2014. Promoteur de formations en management, en attractivité et en indépendance, il voit le syndicalisme comme un « travail patient, souvent ingrat, mais plus que jamais nécessaire ». Dans un système de santé sous tension, son message est constant : « L'imagerie n'est pas un coût, mais un levier ! » Diagnostiquer plus tôt, éviter des soins lourds, structurer les parcours. Investir plutôt que subir. Construire, toujours. ●

Jonathan ICART

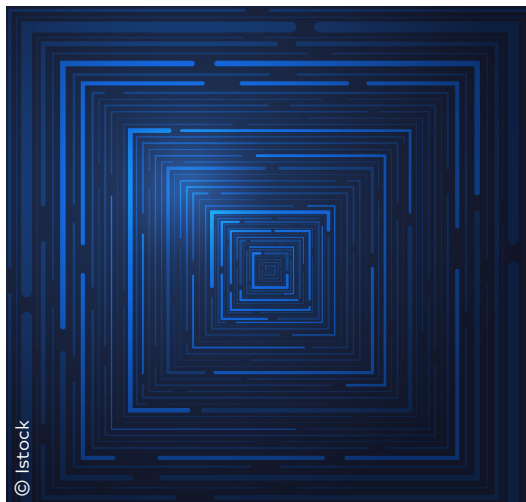
¹ Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

² Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité

Protocole imagerie

Une relance sous contrainte

Relancées au printemps, les négociations conventionnelles sur le protocole imagerie cristallisent les tensions entre maîtrise des dépenses et exigences de terrain. Radiologues libéraux et syndicats défendent une autre voie, celle de la pertinence des actes, des investissements durables et d'un accès équitable aux examens. La loi et le budget compliquent néanmoins la donne.



Après plusieurs mois de tensions, la relance des négociations conventionnelles sur le protocole imagerie ouvre une séquence stratégique pour l'organisation des soins. Depuis quelques semaines, l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux ont repris les discussions dans un contexte de forte contrainte budgétaire. Dans une conjoncture marquée par le vieillissement de la population, la hausse des pathologies chroniques et la diffusion, plus ou moins rapide, de technologies toujours plus performantes, la CNAM dit vouloir concilier maîtrise de la dépense, accès aux soins et qualité des examens. La feuille de route combine plusieurs leviers pour atteindre les objectifs fixés : renforcement de la pertinence des actes, modernisation de la nomenclature, amélioration des parcours de soins et évolution des forfaits techniques. Mais cette relance s'inscrit dans un climat de méfiance durable. Les décisions unilatérales prises en novembre dernier, notamment sur les forfaits techniques appliqués aux équipements lourds, ont fragilisé le dialogue conventionnel. Le défi est désormais de restaurer une négociation crédible et stable, car le recours aux mesures réglementaires imposées demeure une option bien réelle.

→ UNE RÉGULATION ENCADRÉE ET PARTAGÉE

Loin des divisions affichées sur certains sujets, les syndicats médicaux défendent une position claire : la régulation est nécessaire, mais elle doit être négociée et co-construite. L'imagerie occupe une place centrale dans le parcours de soins et ne peut être considérée comme un simple levier budgétaire. Tous reconnaissent la nécessité de limiter les actes redondants ou non pertinents, mais plaident pour une approche fondée sur des critères médicaux objectivés, partagés et évalués dans le temps. Les organisations rappellent également le caractère collectif de cette responsabilité. La

pertinence commence au moment de la prescription. Elle suppose donc une formation adaptée des médecins demandeurs et des outils d'aide à la décision intégrés aux pratiques. Faire peser cette charge uniquement sur les radiologues est jugé inefficace et contre-productif. Plusieurs lignes rouges sont affirmées : refus des baisses tarifaires non négociées, opposition aux quotas d'actes et rejet de toute mesure mettant en péril la viabilité économique des structures, en particulier dans les territoires fragiles. À l'inverse, les syndicats réclament une gouvernance conventionnelle plus

transparente, une visibilité pluriannuelle sur les tarifs et des ajustements ciblés des forfaits techniques, en adéquation avec les coûts réels.

→ ATTENTES ÉLEVÉES ET EFFETS CONCRETS

Pour les radiologues libéraux, les négociations en cours engagent directement l'avenir de l'exercice et l'accès des patients à l'imagerie. Sur le terrain, la pression économique est déjà tangible. La baisse de la valorisation des actes et la décote des forfaits techniques fragilisent des structures fortement capitalistiques. Les scanners et les IRM nécessitent des investissements lourds et inscrits dans le temps long, alors même que les charges – énergie, maintenance, ressources humaines – continuent de progresser. L'instabilité tarifaire freine les projets, retarde le renouvellement des équipements et accentue la concentration du secteur, au détriment des cabinets de proximité. Ces tensions entraînent des répercussions directes pour les patients. Les radiologues alertent sur un risque d'allongement des délais d'accès, notamment dans les zones sous-dotées, et sur une réduction progressive de l'offre d'examen complexes, plus longs et moins rentables. À terme, ces évolutions pourraient entraîner des retards diagnostiques et accentuer les inégalités territoriales. La profession revendique la fin des baisses aveugles, la reconnaissance du temps médical utile, mais aussi une régulation fondée sur la pertinence réelle des actes, qui intègre un partage équilibré des responsabilités avec les prescripteurs et une prise en compte explicite des besoins d'investissement et d'innovation. Seule certitude : les marges de manœuvre politiques sont contraintes par la trajectoire d'économies fixées dans la loi, soit 300 millions d'euros sur la période 2025-2027. La négociation reste ouverte, mais strictement bornée. ●

Jonathan ICART

Radiologues libéraux

Une profession sous pression

Baisses tarifaires, forfaits techniques décotés, décisions unilatérales... La radiologie libérale aborde un cycle de négociations sous haute pression. Sur le terrain, les radiologues alertent sur les fragilités économiques du modèle, mais défendent une autre voie : celle de la pertinence des actes, seule capable de concilier qualité des soins et soutenabilité du système. Constats et propositions.

BRETAGNE

« SAUVER L'ACCÈS AUX SOINS PAR L'INVESTISSEMENT »



Dr Éric CHEVALLIER,
radiologue libéral
à Vannes
(Morbihan)

Face aux baisses tarifaires, Éric Chevallier oppose un prérequis majeur : préserver l'investissement et le maillage territorial est indispensable pour garantir un diagnostic précoce, une santé publique efficace et durable pour tous demain.

→ **Investir pour soigner le territoire.** « La viabilité des structures de radiologie libérale, en particulier celles qui sont durablement bloquées en secteur 1, est clairement menacée par les baisses tarifaires du 5 novembre. La situation est d'autant plus critique dans les régions où l'OPTAM¹ n'est pas accessible, alors même que le maillage territorial y est déjà fragile. L'abandon du projet de PIMAP² de Châteaulin par le groupe de Quimper illustre concrètement ce risque de décrochage territorial. Pour les autres structures, la capacité d'investissement est fortement altérée : les constructeurs de scanners et d'IRM proposent désormais des équipements reconditionnés. Une première dans la profession, révélatrice des tensions économiques actuelles. »

→ **Sortir de l'instabilité tarifaire.** « Le jeu du chat et de la souris avec l'Assurance Maladie, obligeant les radiologues à anticiper en permanence la prochaine décote aveugle, atteint ses limites et n'a plus de sens. Garantir le bon examen, au bon moment, avec un matériel de qualité permet un dépistage et un diagnostic plus précoces, un traitement mieux adapté, un meilleur pronostic et, in fine, un retour plus rapide à l'activité professionnelle. Les bénéfices médicaux, humains et sociétaux ainsi générés entraînent des économies bien supérieures à celles produites par des décotes tarifaires répétées, arbitraires et déconnectées des réalités de terrain.



Cette approche est d'autant plus stratégique dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies chroniques. Le récent rapport de l'Institut Sapiens est très clair à ce sujet, et d'autres études médico-économiques concordantes sont attendues. »

→ **Refuser une médecine comptable.** « Nous ne voulons pas nous voir imposer une logique strictement comptable, sans lien avec la pratique médicale, ni avec les réalités économiques des structures libérales, et surtout au détriment des besoins de la population. »

→ **Un risque majeur pour la profession.** « La trajectoire menace l'installation des jeunes radiologues, déjà en fort recul, et ouvre la voie à une financiarisation accrue de la profession. Elle entraîne également un désengagement progressif des praticiens, lié à une paupérisation du secteur. À terme, c'est l'ensemble du maillage territorial et de la prise en charge médicale globale de la population qui se trouvent fragilisés, avec un impact majeur sur la santé publique. La radiologie est une discipline passionnante et constitue un socle essentiel de la médecine moderne. Nous ferons tout pour la protéger. »

NB : le Dr Éric Chevallier est également vice-président de la FNMR, président de la FNMR Bretagne et président de la FNMR 56.

¹ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

² Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité



Dr Éric MADEUF, radiologue libéral à Montargis (Loiret)

Selon Éric Madeuf, la radiologie libérale subit une pression économique croissante, dont les conséquences sont redoutées. Sans revalorisation cohérente et sans politique de pertinence partagée, ce sont les structures de proximité, les équipes et les patients qui paieront le prix fort.

→ **Une équation économique intenable.** « La baisse continue de la valorisation des actes, liée à l'absence de réévaluation régulière corrélée à l'inflation, ainsi que la baisse brutale et récente des forfaits techniques, ont et auront inévitablement des conséquences lourdes sur la pratique de l'imagerie médicale, en particulier en secteur 1 : concentration d'un nombre croissant d'actes sur un temps de plus en plus réduit, afin d'assurer la viabilité économique des structures (la radiologie libérale = une PME) ; déshumanisation progressive de la pratique ; disparition des petites structures radiologiques, en particulier de proximité, devenues non viables économiquement ; restriction de la réalisation des examens les moins cotés et les plus chronophages, impliquant un allongement des délais d'accès ; retards diagnostiques, entraînant une diminution des chances de guérison et un coût thérapeutique global plus élevé. »

→ **La pertinence comme seule issue soutenable.** « La première conséquence est l'accroissement de la pénibilité de l'exercice, suivi d'une baisse inévitable des revenus, liée notamment à l'augmentation régulière des charges (salaires du personnel, coûts de fonctionnement, investissements). La décroissance régulière des revenus des radiologues – hors, sans doute, le secteur 2 dans le centre des grandes métropoles – est attestée par les statistiques de la CARMF1 depuis plusieurs années. Or, un radiologue est aussi un chef d'entreprise, responsable d'une PME, ce qui implique des charges de gestion élevées et une prise de risques financiers importante (investissements lourds, masse salariale), justifiant un niveau de rémunération supérieur à la moyenne des médecins. Par ailleurs, le vieillissement constant de la population, associé à son accroissement, entraîne

une augmentation mécanique du nombre d'actes diagnostiques nécessaires, incompatible avec une enveloppe financière durablement "bloquée". Le seul levier réaliste pour contrebalancer partiellement cette dérive des coûts repose sur la réduction du nombre d'actes non nécessaires. Cette évolution ne peut s'envisager qu'à travers une politique de pertinence des examens, laquelle suppose l'implication active des médecins prescripteurs, en premier lieu les généralistes, et, dans une moindre mesure, les spécialistes. Cela implique donc une action déterminée des syndicats polycatégoriels auprès de leurs adhérents, en commençant par la justification médicalement argumentée et obligatoire de chaque demande d'examen. »

→ **Des signaux alarmants pour le système.** « La brutalité de la décision unilatérale de baisse des forfaits techniques, combinée à la non-cotation des troisièmes actes ("entrée-plat-dessert" rémunérés au tarif de l'"entrée-plat"), témoigne d'une absence totale de concertation préalable et de la toute-puissance aveugle de l'administration. Qu'en déduire ? Quelles solutions envisager ? La convergence des phénomènes négatifs décrits conduit inévitablement à l'impasse du modèle du "tout gratuit", et à la nécessité d'une contribution financière partielle des patients, aujourd'hui largement déresponsabilisés. Cette évolution s'inscrit dans la norme observée partout ailleurs en Europe, et plus largement dans le monde. Elle apparaît indispensable pour limiter le coût croissant de la "bobologie", sans remettre en cause la prise en charge intégrale des pathologies graves. »

→ **L'impasse en cas de non-accord.** « Les dernières années ont vu apparaître une dégradation progressive de la qualité de la médecine française, non liée à la compétence individuelle des médecins, ni aux progrès scientifiques, mais à l'extension alarmante des déserts médicaux : raréfaction des généralistes en province et disparition progressive de certaines spécialités hors des grandes villes (gynécologie, rhumatologie, dermatologie...). Le pseudo-remplacement de ces médecins par des non-médecins – sages-femmes, infirmiers en pratique avancée – est révélateur d'une baisse qualitative de l'offre de soins. Cette situation touche en priorité les populations éloignées des grandes agglomérations et crée une inégalité d'accès aux soins, en contradiction flagrante avec l'égalitarisme affiché. Si l'imagerie médicale libérale – qui représente plus de 70 % de l'offre d'imagerie – ne peut plus assurer sa viabilité économique, le secteur public ne sera pas en mesure de compenser. Les retards diagnostiques s'accumuleront, accélérant encore la dégradation qualitative de notre système de santé prétendument "pour tous". »

NB : Le Dr Éric Madeuf est membre du bureau national et président de l'Union régionale FNMR du Centre Val de Loire.

¹ Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

ÎLE-DE-FRANCE

« RÉGULER EN AMONT, PAS À L'AVEUGLE »



Dr Coralie SICARD,
radiologue libérale à Paris

Pour Coralie Sicard, l'imagerie médicale peut devenir un outil d'économies durables, à condition de sortir d'une logique court termiste et de bâtir une stratégie collective fondée sur la pertinence des actes et la qualité des équipements.

→ **Faire de l'imagerie un levier d'économies.** « Les négociations doivent permettre de faire comprendre que l'imagerie peut être une source d'économies et que la maîtrise des dépenses passe nécessairement par une réflexion collective sur la pertinence des actes. Cette démarche implique l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins : radiologues, médecins prescripteurs, Assurance Maladie, mais aussi patients. »

→ **Prescrire mieux plutôt que payer moins.** « Les dépenses d'imagerie augmentent sous l'effet combiné du vieillissement de la population et des progrès technologiques qui font de l'imagerie un prolongement du raisonnement clinique. La régulation des coûts doit intervenir en amont, au moment de la prescription, et non en aval par des baisses tarifaires. Cela suppose des prescriptions mieux ciblées, des médecins mieux formés, des équipements performants et une valorisation cohérente des actes réalisés. »



→ **Le court termisme en question.** « Jusqu'à présent, les discussions se sont limitées à des mesures comptables de court terme. Or, le travail de fond sur la pertinence ne produira ses effets qu'à moyen et long terme. La question est donc de savoir si l'Assurance Maladie est prête à inscrire sa stratégie dans cette temporalité. »

→ **Des délais en forte augmentation.** « L'allongement des délais d'accès à l'imagerie est inévitable, avec des retards de prise en charge pour des pathologies lourdes, un recul du dépistage des cancers et, paradoxalement, une explosion des dépenses de santé. »

ÎLE-DE-FRANCE

« RÉGULER EN AMONT, PAS À L'AVEUGLE »



Dr Christian FORTEL,
radiologue libéral à Meaux
(Seine-et-Marne)

Face à des décisions unilatérales, Christian Fortel réclame un véritable dialogue conventionnel pour restaurer la confiance, préserver l'investissement, renforcer la pertinence des actes et éviter une dégradation durable de l'offre de soins.

→ **Un bras de fer assumé.** « Les radiologues peuvent se féliciter d'avoir initié, puis rejoint avec d'autres spécialités, les mouvements de grève consécutifs aux décisions de baisse des actes de radiologie. Après un simulacre de négociation, l'Assurance Maladie a pris des décisions unilatérales particulièrement sévères pour la profession. De nouvelles négociations sont désormais engagées, dans un contexte marqué, une fois encore, par un rapport de force et un véritable bras de fer avec l'État. »

→ **Revoir une trajectoire devenue excessive.** « Les négociations à venir devront donc se dérouler dans le même état d'esprit, tout en restant force de propositions. Initialement prévue à hauteur de 300 millions d'euros sur trois ans, la trajectoire d'économies apparaît aujourd'hui bien plus lourde que les annonces initiales, preuve de la sévérité des mesures engagées. Cet écart ouvre néanmoins une possibilité de renégociation. »

→ **Corriger des incohérences majeures.** « Il apparaît indispensable de revenir sur l'ampleur des baisses, en particulier celles des forfaits techniques, et de demander la suppression des baisses programmées en juillet 2026 et janvier 2027. La diminution de la valeur de certains actes ne doit pas conduire à des tarifs inférieurs à celui d'une consultation. La gratuité du troisième acte constitue une incohérence majeure, génératrice de situations médicalement et organisationnellement intenables, notamment pour les bilans complexes, et source de conflits potentiels avec l'Assurance Maladie en cas de contrôle. »

→ **Pertinence et investissement... même combat.** « La poursuite des économies doit reposer sur la pertinence des actes, axe de travail porté de longue date par la FNMR avec Forcomed. Des protocoles ont déjà démontré leur efficacité, notamment pour les lombalgies, mais nécessitent un soutien durable de la CNAM via des actions de sensibilisation des patients. La formation des prescripteurs est essentielle, les études montrant que 20 à 30 % des demandes restent non pertinentes. À ces efforts doit s'ajouter la reconnaissance des économies générées par la prévention et le développement de la ra-

diologie interventionnelle. Il faut maintenir, voire renforcer, le rôle du secteur 2 qui compense les contraintes budgétaires, et faire participer les complémentaires santé. À défaut, les centres perdront leurs capacités d'investissement, aggravant délais, déserts médicaux et inégalités. Il est impératif de sortir d'une logique purement comptable pour bâtir un cercle vertueux fondé sur l'investissement en santé. »

NB : le Dr Christian Fortel est également membre du bureau national et président de l'Union régionale d'Île-de-France de la FNMR.

ÎLE-DE-FRANCE

« RÉTABLIR LA CONFIANCE POUR SOIGNER PARTOUT »



Dr Alexandre SOBOTKA,
radiologue libéral à Maurepas
(Yvelines)

Selon Alexandre Sobotka, la négociation doit restaurer la confiance entre la caisse et les praticiens pour préserver l'investissement, sécuriser les cabinets et maintenir un accès équitable à l'ensemble des examens radiologiques sur tous les territoires.

→ **Restaurer confiance et équilibre.** « L'enjeu est double : rétablir des équilibres économiques en faveur des examens réellement utiles et restaurer la confiance entre les radiologues et l'Assurance Maladie. Les mesures brutales et incohérentes prises en 2025, sans concertation, ont profondément choqué la profession. La gratuité du troisième acte revient à imposer du travail à perte, et une baisse de plus de 10 % des forfaits techniques méconnaît totalement les coûts d'investissement. Beaucoup de structures ont engagé des projets sur sept ans, avec des plans validés par les ARS¹. Comment continuer à investir lorsque les règles du jeu changent en cours de route, au mépris du cadre conventionnel ? L'enjeu fondamental reste le maintien d'un accès des patients à tous les examens, sur l'ensemble du territoire. »

→ **La pertinence comme ligne directrice.** « Nous avons bien compris que les 300 millions d'euros d'économies sont inscrits dans le PLFSS 2025. Mais 300 millions ne signifient ni 500 millions, ni une baisse uniforme de 12 % des forfaits techniques, encore moins du travail à perte. La FNMR défend depuis longtemps la pertinence des actes afin que ceux qui sont indispensables soient rémunérés à leur juste valeur. Nous attendons que des mesures injustes et inapplicables soient remplacées par des dispositifs plus équilibrés, valorisant les actes complexes et responsabilisant prescripteurs et radiologues dans la lutte contre les actes inutiles. Renoncer à la négociation conventionnelle, c'est réaliser des économies de court terme au prix d'une



défiance durable des professionnels. Notre modèle de sécurité sociale mérite mieux. »

→ **Une méthode à revoir impérativement.** « La FNMR doit rester l'interlocuteur central des négociations. On ne peut pas décider sur le dos des radiologues ni sans eux. Notre syndicat a démontré qu'il savait être force de propositions et prêt à négocier dans un cadre constructif. »

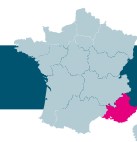
→ **Le risque d'une radiologie à deux vitesses.** « La profession s'adaptera, comme elle l'a toujours fait, mais au risque d'une dégradation de la qualité : cadences accrues, abandon d'examens peu rentables plutôt que d'examens non pertinents. Les inégalités s'aggraveront entre secteurs, entre territoires et entre patients. Les petites structures fermeront, au détriment des zones périphériques. C'est une médecine à deux vitesses qui se profile, alors que la radiologie libérale française peut et doit rester exemplaire. »

NB : le Dr Alexandre Sobotka est président de la FNMR 78.

¹ Agence Régionale de Santé

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

« INVESTIR AUJOURD'HUI POUR SOIGNER DEMAIN »



Dr Éric GUILLEMOT,
radiologue libéral à Fréjus (Var)

Sans revalorisation cohérente ni liberté d'investissement, la radiologie perd en attractivité. Pérenniser le secteur suppose de soutenir l'innovation, d'assurer la pertinence des actes et de préserver le maillage territorial, comme le souligne Éric Guillemot.

→ **Une attractivité en net recul.** « L'attractivité de la radiologie est aujourd'hui menacée, tant pour les futurs libéraux que pour l'hôpital. La baisse des forfaits techniques empêche d'investir dans des équipements de scanner et d'IRM innovants, mais aussi dans l'intelligence artificielle. De nombreux cabinets de proximité risquent de fermer, avec une diminution du maillage territorial et un allongement des délais de rendez-vous. La carte sanitaire ne doit pas être figée : des projets pertinents doivent pouvoir émerger, portés par des radiologues qui doivent être maîtres de leur outil de travail. »

→ **Redonner de la valeur aux actes utiles.** « Il est indispensable de rétablir la valeur du forfait technique au plus près de la réalité du terrain et de restaurer le Z radiologique. La gratuité du troisième acte doit être abolie. La mammographie, dont le tarif est figé depuis vingt ans, appelle une revalorisation urgente.

La radiologie interventionnelle, génératrice d'économies, doit aussi être pleinement reconnue et mieux valorisée. La liberté d'installation, la pérennité du secteur 2, un OPTAM1 plus attractif et homogène au niveau national, ainsi qu'un cumul emploi-retraite pertinent, constituent autant de chantiers prioritaires. Enfin, les radiologues n'étant pas auto-prescripteurs, la pertinence des actes doit reposer sur les recommandations de l'ADERIM², intégrées aux outils des prescripteurs. »

→ **Sortir de la stigmatisation.** « La recherche d'économies immédiates conduit à des décisions unilatérales, sans considération pour les contraintes spécifiques de la radiologie. Il est indispensable de rétablir un climat de confiance et de cesser la stigmatisation des médecins en général et des radiologues en particulier. »

→ **Une offre de soins menacée.** « Si la négociation échoue... Les fermetures de cabinets de proximité se multiplieront, aggravant les délais, les distances d'accès aux soins et les inégalités territoriales. Le recours à du matériel moins innovant, la baisse d'attractivité de la profession, les suppressions d'emplois et une radiologie dégradée deviendront la norme. »

NB : le Dr Éric Guillemot est vice-président de la FNMR et président de la FNMR PACA.

¹ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

² Aide à la Demande d'Examens en Radiologie et Imagerie Médicale

ANTILLES-GUYANE

« MIEUX PAYER LE TEMPS MÉDICAL UTILE »



Dr Blaise BARTOLI,
radiologue libéral à
Saint Barthélemy et Saint Martin

Blaise Bartoli dresse un constat lucide. Plutôt que des baisses aveugles, il faut rééquilibrer la valeur des actes pour mieux reconnaître le temps médical, favoriser la qualité et générer des économies structurelles sans pénaliser les praticiens impliqués.

→ **Valoriser la qualité plutôt que le volume.** « Des économies sont possibles, notamment en optimisant certaines pratiques comme la seconde lecture mammographique, via la dématérialisation et l'allègement des

structures. Il est également logique de décoter les actes de téléradiologie par rapport à ceux réalisés en présence physique, comme c'est déjà le cas dans d'autres domaines de la télémedecine. Il faut surtout rééquilibrer la hiérarchisation des actes : mieux valoriser les examens longs et à fort impact médical, comme certaines IRM spécialisées ou les coroscanners, et décoter les actes rapides, très standardisés, réalisés en volume. C'est la qualité du travail médical qui doit être valorisée, pas l'inverse. »

→ **La pertinence relève de la prescription.** « Les démarches de pertinence portées vers les radiologues sont, en pratique, irréalisables. La pertinence relève avant tout des prescripteurs, qui doivent être formés et tenus à jour des recommandations. Il n'est ni réaliste ni souhaitable de demander aux radiologues de refuser des examens en routine courante. »

→ **L'aveuglement comme principal danger.** « Les futures décisions risquent d'être, une fois encore, prises à l'aveugle, pénalisant avant tout ceux qui travaillent avec exigence et qualité. Et si on parlait, enfin, de médecin-radiologue et non de comptable-radiologue. »

Syndicats médicaux

Concilier maîtrise des dépenses et qualité du diagnostic

La relance des discussions conventionnelles sur le « protocole imagerie » suscite de fortes attentes, notamment en matière de pertinence. Méthode de négociation, forfaits techniques, accès aux soins et avenir de la profession radiologique : les syndicats livrent leurs analyses, mais aussi leurs lignes rouges et leurs propositions concrètes, pour préserver une imagerie médicale de qualité, accessible et durable.

« CHANGER LA MÉTHODE POUR SÉCURISER L'AVENIR DE L'IMAGERIE »



Vincent PRADEAU,
président d'Avenir Spé



Face à une régulation jugée trop comptable, Avenir Spé plaide pour un changement de méthode, fondé sur la pertinence et l'investissement, afin de préserver la qualité du diagnostic et le maillage territorial.

→ **Une logique comptable avant tout.** « Je ne pense pas que l'on puisse parler d'orientations quand nous sommes dans l'application d'un plan comptable paramétrique. Les premiers effets s'en font d'ores et déjà sentir, avec le report de certains investissements, l'abandon de projets de proximité, ou encore le renoncement à des activités économiquement non rentables. »

→ **Les signaux d'un possible changement.** « Nous sommes au début du processus, mais nous percevons une volonté affichée de changement de méthode. Ce qui se passera autour du diagnostic partagé sur la partie des forfaits techniques, avec la mission des quatre personnalités qualifiées, sera un bon indicateur. Mais ce n'est que chemin faisant que nous verrons si la pertinence et la qualité, dont les effets ne sont pas immédiats mais pérennes, s'imposeront au court-termisme. »

→ **Négociateur sans dogmatisme.** « Par culture, je ne pense pas que l'on entre dans une négociation

en affichant des lignes rouges ou en donnant des conditions de compromis. En revanche, la référence à une politique de régulation des revenus entre spécialités, élément qui ne prend pas en compte la prise de risque entrepreneuriale, doit clairement disparaître. En miroir, il y a indéniablement du grain à moudre dans les redondances d'exams et dans la pertinence des modalités d'imagerie pour une pathologie donnée. Enfin, l'exécution de la première partie du plan, avec des économies déjà générées, conformes, voire en avance par rapport au prévisionnel, donne probablement un peu de marges de manœuvre. »

→ **Un enjeu systémique pour la santé.** « L'imagerie est l'un des points cardinaux de l'activité médicale. Maltraiter les spécialités qui l'assurent en les privant de capacités d'investissement, en ralentissant le développement de techniques indispensables, ou en mettant en péril le maillage territorial, c'est maltraiter le système de santé dans son ensemble. La capacité – ou non – à sortir de ce plan d'imagerie par le haut, en se basant sur la qualité et la pertinence, en quittant une régulation prix-volume dont nous sommes au bout de la logique, sera un marqueur emblématique de la vie conventionnelle à venir. »



« RÉGULER PAR LA PERTINENCE PLUTÔT QUE PAR LA CONTRAINTE »



Franck DEVULDER,
président de la
CSMF

Dans un cadre budgétaire fixé par la loi, la CSMF plaide pour une régulation plus intelligente de l'imagerie, conciliant objectif financier,

pertinence médicale des actes et qualité des parcours de soins.

→ **Sortir d'une logique purement comptable.** « Le protocole s'inscrit dans une contrainte fixée par le législateur : 300 millions d'euros sur la période 2025-2027. Ce n'est donc pas une négociation classique. Pour autant, cela ne peut pas justifier une approche strictement comptable. L'imagerie est au cœur du diagnostic : la régulation doit articuler l'objectif financier, la pertinence des actes et la qualité des parcours. Or, le dispositif actuel dépasse ce cadre, ce qui appelle un rééquilibrage. »

→ **La transparence comme condition de légitimité.** « La méthode n'a pas été à la hauteur. Une contrainte chiffrée n'interdit pas une vraie négociation. Celle-

ci suppose un travail co-construit et documenté, avec un chiffrage précis, acte par acte et forfait par forfait. Discuter sur des supports approximatifs pour découvrir un texte finalisé en fin de course n'est pas acceptable. La légitimité du protocole repose sur la transparence et la co-écriture. »

→ **Des compromis possibles... sans fragiliser l'offre.** « Non négociables : qualité des soins, accès rapide à l'imagerie et reconnaissance de l'expertise. Nous refusons toute dégradation tarifaire aveugle. En revanche, des marges existent : travailler la pertinence (indications, fréquence, volumétrie), organiser les parcours et ajuster les forfaits. C'est ainsi que l'on peut atteindre l'objectif sans fragiliser l'offre. »

→ **Mobilisation pour une régulation intelligente.** « Le cadre est contraint, mais il ne doit pas être subi. La profession doit rester mobilisée et unie, en soutenant ceux qui la défendent et en étant force de proposition. Nous devons obtenir un retour à l'objectif initial du législateur, en privilégiant la pertinence, la qualité et l'accès aux soins. L'imagerie est stratégique : elle mérite une régulation intelligente, construite avec ceux qui la pratiquent. C'est à cette condition que nous préserverons une imagerie de qualité, accessible et durable sur l'ensemble du territoire. »

« PRÉSERVER L'OFFRE EN SÉCURISANT L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE »



Patricia LEFÉBURE,
présidente de la FMF

Face aux baisses annoncées des forfaits techniques, la FMF alerte sur les risques systémiques et défend des solutions fondées sur la viabilité des structures, l'optimisation des parcours et la pertinence des actes.

→ **Un équilibre économique menacé.** « Les orientations actuelles sont préoccupantes. Les baisses significatives des forfaits techniques, notamment pour le scanner et l'IRM, menacent l'équilibre économique des centres et l'accès aux soins, avec un risque de réduction des plages horaires, voire des fermetures. »

→ **Réouvrir un vrai dialogue.** « La méthode de négociation doit évoluer. Une approche plus constructive

est indispensable, en écoutant l'ensemble des parties prenantes. »

→ **Viabilité et indépendance en priorité.** « Nous refusons toute mesure qui compromettrait la viabilité des structures ou l'indépendance médicale. Il serait utile de réfléchir à la question de la convergence des taux de remboursement des forfaits techniques vers un taux standard, en impliquant les mutuelles. Nous sommes également ouverts à l'optimisation des parcours de soins et au renforcement de la pertinence des actes. »

→ **Construire des solutions durables ensemble.** « Chers confrères radiologues, l'heure est à l'unité et à l'action constructive. La FMF s'engage à défendre nos professions et le système de santé. Nous devons porter un message commun et solidement argumenté. Restons vigilants face à la financiarisation et œuvrons ensemble pour des solutions pérennes. »

« RÉORIENTER LA RÉGULATION VERS LA PERTINENCE ET L'INVESTISSEMENT »



Sophie BAUER,
présidente du SML
Estimant le protocole inadapté, le SML appelle à rompre avec les baisses tarifaires et à recentrer la régulation sur la pertinence des prescriptions, l'innovation technologique et l'indépendance de l'exercice libéral.

→ **Un protocole déconnecté du terrain.** « Le "protocole imagerie" est un outil de reprise de fonds, à l'initiative de parlementaires ignorant la réalité du monde libéral et de son fonctionnement. Le directeur général de la CNAM, Thomas Fatôme, a exercé le pouvoir qui lui a été conféré par la représentation nationale et a tranché, impactant toutes les spécialités qui recourent à l'imagerie pour établir les diagnostics et les pronostics dans un nombre important de pathologies. Les propositions sur la pertinence ont été écartées, jugées trop longues à produire des économies, dans un contexte où la nécessité de développer le parc d'IRM et de scanners est niée. »

→ **Une négociation déséquilibrée.** « Le directeur général de la CNAM possède un pouvoir décisionnel quasi absolu ! Une négociation suppose un équilibre des forces en présence. Or, en renonçant à s'engager

au sein des syndicats, les médecins se placent en position de faiblesse relative. Thomas Fatôme a frappé fort, entraînant des "économies" forcées de plus de 110 millions d'euros (déjà enregistrées). Cela représente des innovations reportées, avec un risque en termes de diagnostics retardés ou de suivis insuffisants, qui coûteront beaucoup plus cher ! »

→ **Refus de nouvelles baisses tarifaires.** « Nous allons repartir en "négociations", et cette fois, outre l'innovation, ce sont clairement des emplois qui seront en jeu ! Il n'est pas envisageable de baisser à nouveau les tarifs ! Il faut même revenir sur la baisse des forfaits techniques, qui n'a pas de logique face à des appareils toujours plus coûteux, aux contraintes de maintenance croissantes. Nous ne parlerons – et n'accepterons de négocier – que de pertinence, avec les réserves de faisabilité liées au parc d'appareils. »

→ **Défendre l'indépendance et l'investissement.** « Radiologues, sachez que le Syndicat des Médecins Libéraux, seul syndicat représentatif réunissant l'ensemble des spécialités au sein d'un même conseil d'administration, est en ordre de bataille pour défendre les particularités et les exigences de votre exercice, ainsi que la pérennité de son indépendance. Stigmatiser une spécialité au prétexte qu'elle aurait conservé un pouvoir d'investissement va à l'encontre des valeurs du SML. »



2026 ■ LE RDV DE LA FORMATION

L'ÉVÈNEMENT FORMATION DE LA RENTRÉE

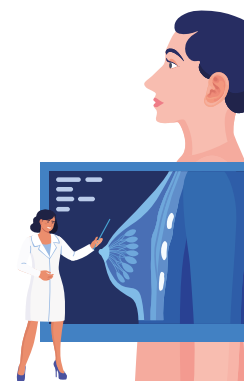
BLOQUEZ LA DATE

VENDREDI 11 SEPTEMBRE 2026

HÔTEL NOVOTEL PARIS TOUR EIFFEL



INSCRIVEZ-VOUS



Radiologie libérale

Essentielle... et pourtant ignorée



Indispensable au diagnostic, au dépistage et au suivi des patients, la radiologie libérale bénéficie d'un fort capital de confiance auprès des Français. Mais derrière les examens et les images, le rôle médical du radiologue reste insuffisamment identifié. La FNMR a lancé une vaste enquête, en trois volets, pour éclairer ce paradoxe. Résultats et enseignements.

La radiologie occupe une place centrale dans le système de santé. Fondée sur un croisement inédit des perceptions des Français, des radiologues libéraux et des associations de patients, la récente enquête transversale menée par la FNMR¹ en apporte une démonstration étayée. Combinant un sondage national et deux enquêtes complémentaires, elle confirme le rôle stratégique de l'imagerie médicale tout au long du parcours de soins, du dépistage au suivi thérapeutique. Cette reconnaissance massive s'accompagne toutefois d'un paradoxe persistant. Si la radiologie est unanimement jugée essentielle, les compétences médicales de celles et ceux qui la pratiquent demeurent mal identifiées.

→ PLÉBISCITÉE PAR LES FRANÇAIS

Le sondage national met en évidence un attachement profond des Français. Près de neuf personnes sur dix estiment que la radiologie joue un rôle important dans la prévention et le dépistage. Cette perception dépasse la seule utilité technique : elle traduit une confiance forte dans une discipline considérée comme déterminante pour la qualité et la sécurité des prises en charge. Cette confiance s'exprime également sur le terrain des moyens : 85 % des Français tiennent pour légitimes les investissements consacrés aux équipements d'imagerie, conscients que la performance diagnostique repose sur des technologies de pointe régulièrement renouvelées.

Loin d'une approche strictement budgétaire, l'opinion publique intègre la radiologie comme un investissement médical indispensable.

En matière de maîtrise des dépenses, les Français privilégient la responsabilité plutôt que la restriction : la régulation par la pertinence des prescriptions supplante la logique de baisse des coûts. Pour autant, cette reconnaissance fonctionnelle s'accompagne d'une compréhension encore imparfaite du métier. Seuls 27 % identifient spontanément le radiologue comme un véritable médecin.

→ FRAGILISÉE SUR LE TERRAIN

Ce décalage est fortement ressenti par les radiologues eux-mêmes. Selon l'enquête interne de la FNMR, 92 % des répondants estiment que leurs compétences sont mal connues des autres acteurs du système de santé, malgré un élargissement croissant de leurs responsabilités cliniques et décisionnelles. Derrière cette question sensible, les tensions économiques inquiètent la profession. Près de deux tiers des radiologues jugent leur situation fragile ou sous tension, avec des conséquences concrètes sur les capacités d'investissement, l'organisation des cabinets et, parfois, la pérennité de certaines implantations territoriales. Ces fragilités interrogent directement la soutenabilité de l'offre de soins en imagerie.

90 %

**DES FRANÇAIS RECONNAISSENT
LE RÔLE CENTRAL DE L'IMAGERIE DANS
LE SYSTÈME DE SOINS**

Du côté des patients, la dimension centrale de la radiologie ne fait aucun doute. Près de sept sur dix affirment que leur diagnostic n'aurait pas été possible sans imagerie médicale. Mais cette dépendance se heurte à une réalité préoccupante : plus de huit sur dix déclarent avoir déjà subi un retard de prise en charge lié aux délais d'accès. Essentielle aux soins, la radiologie libérale doit être soutenue et encouragée par les pouvoirs publics. ●

Philippe de BAILLIENCOURT

¹ Fédération Nationale des Médecins Radiologues

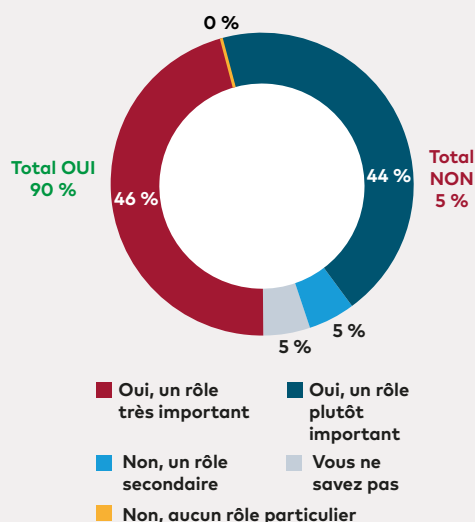
Sondage national

Une utilité reconnue, une identité méconnue

À la demande de la FNMR, Cluster17 a sondé les Français en février dernier. Ces derniers jugent la profession indispensable, reconnaissent l'utilité des investissements et se dressent contre les coupes budgétaires. Mais, quand on les interroge sur la réalité du métier, ils sont plus flous.

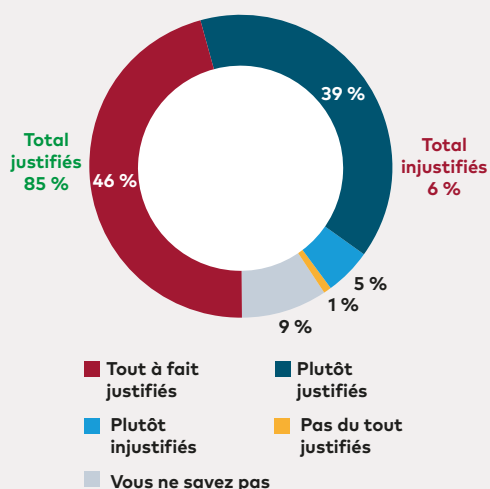
(Graphique 1)

90 % des Français jugent le rôle de la radiologie important en matière de prévention et de dépistage



(Graphique 2)

85 % des Français jugent justifiés les investissements dans les équipements de radiologie



→ RÔLE ET UTILITÉ

Ce chiffre (Graphique 1) confirme une réalité de fond : la radiologie est désormais identifiée par les Français comme un maillon essentiel du parcours de soins. Qu'il s'agisse de dépistage, de diagnostic précoce ou de suivi des pathologies, l'imagerie médicale apparaît comme un outil incontournable de la médecine moderne. Cette reconnaissance est d'autant plus importante qu'elle traduit une prise de conscience du rôle concret joué par les radiologues dans l'orientation et la qualité de la prise en charge des patients.

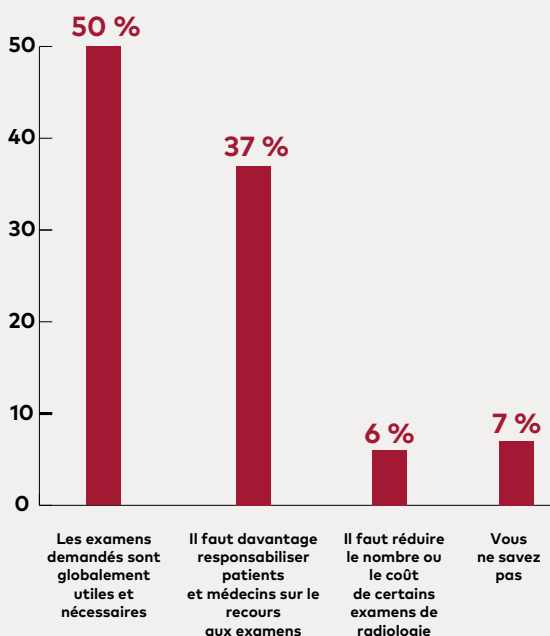
LA RADIOLOGIE EST Désormais IDENTIFIÉE PAR LES Français COMME UN MAILLON ESSENTIEL DU PARCOURS DE SOINS

→ COÛTS, INVESTISSEMENTS ET RESPONSABILITÉ

Les Français comprennent que la qualité de l'imagerie repose sur des équipements performants (Graphique 2), régulièrement renouvelés et technologiquement à la pointe. Ce soutien massif montre que l'investissement en radiologie n'est pas perçu comme une dépense accessoire, mais comme une condition nécessaire pour garantir un haut niveau de diagnostic, de sécurité et d'innovation. Dans un contexte de transformation rapide des technologies médicales, ce regard de l'opinion publique conforte la légitimité des besoins d'investissement portés par la profession.

(Graphique 3)

37 % des Français préfèrent responsabiliser patients et médecins sur le recours aux examens, contre 6 % seulement qui souhaitent réduire leur coût



→ COÛTS, INVESTISSEMENTS ET RESPONSABILITÉ

Ce résultat est particulièrement éclairant (Graphique 3) : les Français ne demandent pas une logique de baisse aveugle des dépenses d'imagerie, mais une meilleure pertinence des examens. Autrement dit, ils semblent faire la différence entre réduction des coûts et bon usage des soins. Ce qu'ils soutiennent, c'est une radiologie mieux ciblée, mieux prescrite, mieux intégrée au parcours de soins – pas une radiologie affaiblie. Ce chiffre donne un signal fort en faveur d'une approche fondée sur la responsabilisation, la coordination médicale et la pertinence des prescriptions.

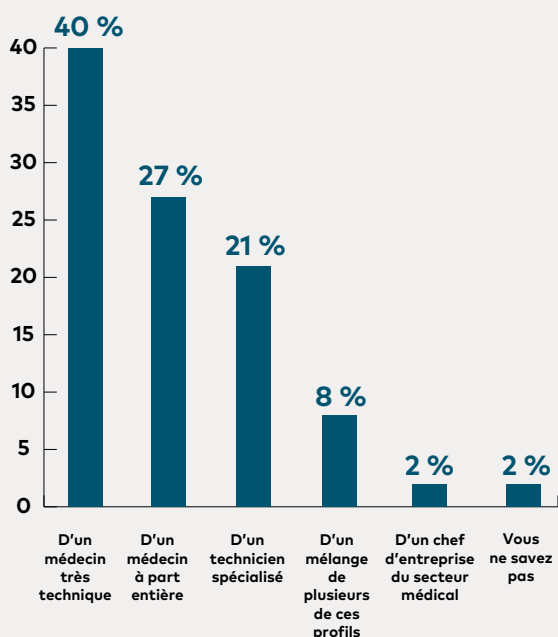
→ IMAGE ET REPRÉSENTATIONS

C'est l'un des enseignements les plus marquants de l'étude (Graphique 4) : si la radiologie est reconnue comme utile, le rôle médical du radiologue reste encore flou dans l'esprit d'une partie des Français. Seuls 27 % le définissent d'abord comme un médecin à part entière, quand 40 % y voient avant tout un médecin très technique et 21 % un technicien spécialisé. Ce décalage montre qu'il existe encore un important travail de pédagogie à mener pour mieux faire comprendre que le radiologue n'est pas seulement un expert de l'image, mais un médecin spécialiste qui diagnostique, oriente, interprète et participe pleinement à la décision médicale.

NB : cette enquête réalisée par Cluster17 du 16 au 18 février 2026 auprès d'un échantillon représentatif de 1 501 Français âgés de 18 ans et plus, constitué selon la méthode des quotas et redressé à partir des données INSEE.

(Graphique 4)

Le radiologue reste encore insuffisamment identifié comme un médecin à part entière



SI LA RADIOLOGIE EST RECONNUE COMME UTILE, LE RÔLE MÉDICAL DU RADIOLOGUE RESTE ENCORE FLOU DANS L'ESPRIT D'UNE PARTIE DES FRANÇAIS

« LES FRANÇAIS SONT TRÈS ATTACHÉS À LA RADIOLOGIE »



Yann Huguenin,
chargé d'études chez Cluster17

Quels sont, selon vous, les grands enseignements de ce sondage sur les Français et la radiologie ?

Il y a d'abord un constat très fort : les Français sont très attachés à la radiologie. C'est une spécialité très présente dans leur vie quotidienne. Près d'un Français sur deux a passé un examen de radiologie au cours des trois dernières années, et un tiers y a eu recours plusieurs fois. Cette place est encore plus marquée chez les plus de 65 ans, qui sont 62 % à avoir passé au moins un examen. Cela montre à quel point la radiologie est devenue un élément essentiel du parcours de soins.

Que disent les résultats sur la place de la radiologie dans le système de santé ?

Les chiffres objectivent très clairement cette centralité. Neuf Français sur dix considèrent que la radiologie joue un rôle important en matière de prévention et de dépistage, dont 46 % un rôle très important. Par ailleurs, 85 % des personnes interrogées jugent que les investissements en radiologie sont justifiés. Enfin, 57 % voient la radiologie comme un outil important du système de soins et 38 %

comme un pilier essentiel du diagnostic et du suivi (donc 95 % au total qui la jugent importante voire essentielle !).

Le sondage montre aussi une forme de méconnaissance de la radiologie. Comment l'interprétez-vous ?

Oui, c'est le deuxième grand axe. Les Français sont attachés à la radiologie, mais ils la connaissent encore mal. Peu savent, par exemple, combien de personnes travaillent réellement dans un cabinet de radiologie. De la même manière, seule une partie d'entre eux identifie bien le fait que les radiologues réalisent aussi des actes de traitement. Sur l'image même du radiologue, 40 % le décrivent d'abord comme un « médecin très technique » et 21 % comme un « technicien spécialisé ». Cela montre bien que la forte technicité du métier tend parfois à placer le radiologue un peu à part dans l'univers médical.

Quelles attentes des Français ressortent pour l'avenir ?

Les Français sont attachés à la radiologie, donc ils sont aussi exigeants à son égard. La question des délais d'accès existe, même si elle n'apparaît pas de manière massive : un peu plus d'un sur deux juge les délais longs ou trop longs, avec une sensibilité plus forte dans les petites communes. Enfin, sur l'intelligence artificielle, l'opinion est plus partagée que ce qu'on aurait pu imaginer : 43 % disent pouvoir lui faire confiance. Mais cela montre surtout que la place de l'humain reste essentielle. Les Français veulent une radiologie accessible, moderne, mais toujours incarnée par une expertise médicale.

Propos recueillis par Philippe de BAILLIENCOURT



VIE SYNDICALE

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● BUREAU 78

→ Le Syndicat Départemental des Yvelines a procédé aux élections de son nouveau bureau le 8 avril 2026 :

Président : **Dr Alexandre SOBOTKA** – Maurepas

Secrétaire : **Dr Marion BERNARD-GESBERT** – Mantes-la-Jolie

Trésorier : **Dr Dominique CABRAL** – Plaisir

● ALSACE

→ Le Syndicat Départemental du Bas-Rhin et du Haut-Rhin a procédé aux élections de son nouveau bureau le 24 février 2026 :

Président : **Dr Sébastien THIRIAT** – Haguenau

Secrétaire : **Dr Gauthier BAZILLE** – Illkirch-Graffenstaden

Secrétaire adjointe : **Dr Sarah DERHY** – Strasbourg

Trésorier : **Silviu DRAGHICI** – Strasbourg

Vice-Président : **Jean-Philippe KLEINCLAUS** – Strasbourg

Radiologues libéraux

Au centre des soins, en marge des décisions



La FNMR a recueilli la perception des radiologues libéraux sur leur métier et son évolution. Le constat est sans appel : l'imagerie se vit comme un maillon essentiel du système de soins, sans être reconnue à la hauteur de ce rôle. Entre tensions économiques, dialogue insuffisant avec la CNAM¹ et exigence de pertinence, portrait d'un secteur indispensable mais fragilisé.

Notre enquête interne menée en ce début d'année fait apparaître une profession à la fois consciente de sa place stratégique dans les parcours de soins et de plus en plus préoccupée par l'évolution de son environnement économique et institutionnel.

→ FERMETÉ FACE À LA CNAM

Enseignement #1. Les radiologues veulent une ligne claire face à l'Assurance Maladie. Les répondants expriment majoritairement le souhait d'un dialogue ferme avec la CNAM, sans pour autant appeler à une logique d'affrontement permanent (78 %). Plusieurs verbatims illustrent cette position d'équilibre : « retrouver la voie du dialogue en restant ferme », « maintenir une position ferme en essayant de faire avancer les choses par la discussion », ou encore « le dialogue doit impérativement être restauré avec une fermeté pleinement préservée ». D'autres insistent également sur la centralité de l'échange « la discussion reste la règle », tout en maintenant une posture ferme et argumentée. Ils rejettent la méthode actuelle, perçue comme verticale, trop comptable. Leur demande est claire : défendre la profession sans céder, mais sans rompre la discussion non plus.

→ DE LA PERTINENCE !

Enseignement #2. Cette fermeté s'accompagne d'une conviction : pour la grande majorité des répondants (75 %), les dérives actuelles s'expliquent notamment par des dysfonctionnements dans l'organisation du parcours de soins, certains soulignant que « le médecin traitant prescrit des examens car pas d'avis spécialisé possible donc multitude d'examens inutiles », tandis que d'autres constatent plus largement « la redondance des examens inutiles ». La maîtrise des dépenses de santé ne peut reposer uniquement sur des mesures tarifaires ou sur une pression accrue sur les cabinets. Elle suppose d'abord et surtout de mieux agir sur la pertinence des prescriptions. Les avis se corroborent et mettent en avant la nécessité d'éviter les examens inutiles, redondants ou insuffisamment justifiés, en renforçant la formation des prescripteurs et en développant des outils d'aide à la décision, notamment en « exigeant que la prescription soit justifiée [...] pour éviter les examens inutiles », ou encore en mettant en place « des règles un peu plus strictes [...] et un DMP qui fonctionne ».

→ UN RÔLE MÉCONNU

Enseignement #3. Les résultats laissent apparaître une fracture particulièrement marquante dans la perception du rôle joué par l'imagerie dans le système de soins. Si les radiologues se considèrent comme au cœur du système de soins, ils estiment à 92 % que ni l'opinion publique ni les autres acteurs de santé ne reconnaissent pleinement cette réalité, révélant ainsi un décalage significatif entre leur rôle réel et la perception qu'en ont les autres acteurs. Ce décalage se traduit notamment par une réduction de leur activité à une fonction purement technique. Plusieurs

verbatim en témoignent, les radiologues étant perçus « comme des photographes » ou encore comme de simples « fournisseurs d'images ». Cette vision participe à remettre en cause leur statut même de médecin, certains étant perçus « comme des imageurs et non comme des médecins ». Enfin, ce manque de reconnaissance s'exprime également au niveau institutionnel, avec une « absence de reconnaissance par l'administration », souvent attribuée à une méconnaissance du terrain.

→ INNOVANT... MAIS ÉCONOMIQUEMENT FRAGILE

Enseignement #4. Le secteur reste engagé dans l'innovation, mais cette dynamique se heurte à un contexte économique de plus en plus difficile. L'arrivée de l'IA, les outils numériques, le renouvellement des équipements lourds et le développement de nouvelles

pratiques témoignent d'un secteur qui investit et se transforme.

Enseignement #5. Mais les cabinets interrogés décrivent une dégradation progressive de leur situation économique, 66 % des répondants qualifient leur situation de « fragile » ou « sous tension », tandis que 13 % la jugent « critique ». Pour beaucoup, l'enjeu n'est plus théorique. Il se traduit déjà par des arbitrages concrets : report de renouvellement du matériel, réorganisations internes, non-remplacement de postes, voire réflexion sur la fermeture de certains sites ou sur un recentrage des activités. ●

NB : enquête réalisée en ligne du 1^{er} mars au 10 avril 2026 auprès des adhérents de la FNMR. 528 questionnaires complets ont été analysés.

Philippe de BAILLIENCOURT

¹ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

Association de patientes Quand l'imagerie manque, le soin ralentit

La FNMR a lancé un sondage auprès de plusieurs associations de patients afin de recueillir leur perception de la radiologie. Les résultats confirment sa place centrale dans le système de soins : indispensable au diagnostic et à l'orientation thérapeutique, l'imagerie est un maillon clé du parcours. Mais les difficultés d'accès actuelles menacent la qualité et la rapidité des prises en charge.

Les résultats de cette enquête menée auprès des associations de patients soulignent, eux aussi, que la radiologie est perçue par les patients comme un maillon essentiel du parcours de soins. Près de 69 % des répondants estiment que leur diagnostic n'aurait pas été possible sans imagerie médicale. Ce chiffre illustre le rôle décisif de la radiologie dans la médecine d'aujourd'hui, non comme un appui secondaire, mais comme un outil central du diagnostic et de l'orientation thérapeutique. L'enquête ne s'arrête pas là, puisqu'elle révèle également une forte attente pour « plus » de radio ! Plus de 82 % des répondants considèrent que les pouvoirs publics ne mesurent pas suffisamment l'importance stratégique de la radiologie dans les politiques de santé. 92 % souhaitent que les élus locaux s'impliquent davantage sur les questions

83 %

DES PATIENTS DÉCLARENT AVOIR DÉJÀ SUBI UN RETARD DE PRISE EN CHARGE EN RAISON D'UN DÉLAI D'ACCÈS À L'IMAGERIE

d'accès aux soins. Et ce, notamment pour garantir l'accessibilité de l'imagerie dans les territoires. Cette vision qui place la radiologie au centre laisse enfin entrevoir les conséquences concrètes des difficultés d'accès. En effet, 83 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà subi un retard de prise en charge en raison d'un délai d'accès à l'imagerie. En d'autres termes : lorsque la radio ralentit, c'est tout le parcours de soins qui en pâtit ! ●

NB : enquête réalisée en ligne du 1^{er} mars au 10 avril 2026 auprès de douze associations de patientes, ayant relayé le formulaire auprès de leurs membres. 386 questionnaires ont été analysés.

Philippe de BAILLIENCOURT

ECR 2026

Une radiologie qui fait sens



Fréquentation record, intelligence artificielle omniprésente et forte visibilité hexagonale... L'ECR 2026 a confirmé son statut de rendez-vous majeur de la radiologie mondiale. Un congrès lisible, formateur et résolument européen, qui parle directement aux radiologues français.

L'European Congress of Radiology 2026, qui s'est tenu du 4 au 8 mars à l'Austria Center Vienna, a confirmé son statut de rendez-vous incontournable de la radiologie mondiale. Avec 22 418 participants venus de 121 pays, soit une hausse de plus de 9 % par rapport à l'édition précédente, le congrès a enregistré une fréquentation record. 318 radiologues français ont fait le déplacement, témoignant de l'attractivité croissante de l'ECR auprès de la communauté hexagonale. L'exposition technique, quant à elle, a rassemblé plus de 220 entreprises, illustrant le dynamisme industriel et l'intensité de l'innovation en imagerie médicale.

Placée sous le thème Rays of Knowledge – Rayons de connaissance, cette édition avait pour ambition de préparer les radiologues, en formation comme confirmés, aux transformations rapides des soins de santé, à la croisée du progrès technologique et d'une médecine toujours plus centrée sur le patient. Un objectif clairement affirmé par la présidente du congrès, Minerva Becker, qui a insisté sur la nécessité d'outiller la profession face aux défis scientifiques, organisationnels et éthiques. Sans surprise, l'intelligence artificielle s'est imposée comme le fil conducteur du programme scientifique. Dès la première conférence plénière consacrée à l'IA en imagerie médicale, le ton était donné : applications cliniques, limites actuelles, enjeux de régulation et conditions d'un déploiement responsable. Cette

thématique a ensuite été déclinée dans des formats variés et pédagogiques, à travers l'AI Theatre, le Pixel Pandemonium ou encore le cycle de conférences « L'art de l'intelligence artificielle en pratique clinique ». En parallèle, la radiologie interventionnelle a occupé une place de choix, avec la présentation de nouvelles technologies et de techniques émergentes lors de sessions dédiées, soulignant l'évolution rapide des pratiques et l'élargissement du champ d'action du radiologue.

→ LE JUSTE MILIEU

Dans le paysage international des congrès de radiologie, trois grands rendez-vous structurent l'agenda scientifique : les Journées francophones de radiologie (JFR), le RSNA et l'ECR. Chacun possède son identité, son histoire et son public. Mais pour un radiologue français, l'ECR occupe une place singulière, à l'intersection de ces deux références majeures. Les JFR constituent le socle national : un congrès fédérateur, ancré dans les réalités françaises, centré sur les recommandations locales, les problématiques de terrain, la formation initiale et continue. Leur rôle est essentiel, mais leur périmètre reste logiquement national et francophone. À l'autre extrémité du spectre, le RSNA s'impose comme la plus grande vitrine mondiale de

LA "FRENCH TOUCH" AU PREMIER PLAN

Congrès international par essence, l'ECR 2026 restera comme l'édition de la France. Pays à l'honneur avec la session ESR Meets France, la radiologie française a affirmé un leadership clinique, scientifique et technologique reconnu. Dans un contexte marqué par la montée en puissance de l'intelligence artificielle et de concentration des structures, le « modèle français », alliant haut niveau d'expertise et dynamisme professionnel, s'est imposé comme une référence. Cette visibilité a été saluée par l'ambassadeur de France en Autriche, Matthieu Peyraud, qui a réuni à l'ambassade les acteurs français après une visite du pavillon French Healthcare. La SFR et le CERF ont accompagné cette dynamique en soutenant la venue de jeunes radiologues via des bourses dédiées. Côté innovation, Guerbet a présenté le gadopiciénol (Elucirem™), réduisant de moitié la dose de gadolinium, tandis que le rachat de Gleamer par RadNet a consacré l'excellence mondiale de l'IA française.

la radiologie : un événement spectaculaire, dominé par la recherche de pointe et l'innovation industrielle nord-américaine. Pour autant, il peut parfois apparaître éloigné des réalités européennes, tant les modèles organisationnels, les cadres réglementaires et les logiques de financement diffèrent.

C'est précisément entre ces deux pôles que l'ECR déploie toute sa force. Le congrès viennois propose une vision européenne de la radiologie, parfaitement alignée avec les enjeux auxquels sont confrontés les radiologues français : pertinence des examens, structuration des parcours de soins, radioprotection, intégration encadrée de l'IA, imagerie durable, harmonisation des pratiques. Les recommandations qui y sont présentées, portées par les sociétés savantes européennes (ESR, ESGAR, ESUR, EASL...), constituent souvent la matrice des futures guidelines nationales. L'ECR se distingue également par une pédagogie particulièrement efficace. Les contenus sont structurés de manière progressive et didactique : cours E³, sessions thématiques, masterclass et workshops offrent une formation de haut niveau, immédiatement transposable en pratique clinique. Pour un radiologue français désireux de se mettre à jour sans se perdre dans une profusion de sessions, l'ECR apparaît comme l'un des congrès les plus lisibles et les plus efficaces, au même titre que les JFR.

→ ANTICIPER, COMPARER, DÉCIDER

Sur le plan technologique, l'ECR propose une exposition industrielle parfaitement adaptée au marché européen. Les constructeurs y présentent des innovations concrètes, réellement appelées à être déployées en France dans les années à venir, en cohérence avec les cadres réglementaires et les organisations de soins européens. Les démonstrations sont lisibles, les échanges avec les équipes techniques et commerciales fluides, et les comparaisons entre

solutions facilitées. Pour les radiologues engagés dans des projets de renouvellement ou d'investissement en équipement, l'ECR constitue ainsi un outil stratégique de premier plan, permettant d'anticiper les évolutions technologiques et d'éclairer les décisions à moyen terme. Le congrès viennois se distingue également par la qualité de ses échanges humains. Moins massif et plus accessible que le RSNA, il favorise des rencontres naturelles, des discussions approfondies et l'émergence de collaborations internationales durables. Les passerelles entre pratique clinique, recherche et industrie y sont plus faciles à créer. Pour les jeunes radiologues, l'ECR représente souvent un véritable tremplin vers des fellowships européens et des parcours académiques ou hospitaliers à l'échelle du continent.

Au-delà de son contenu scientifique, l'ECR est un congrès qui inspire. Sa mise en scène soignée, son ambiance et ses sessions plénières marquantes – à l'image de la présentation *Liver Lover* de Valérie Vilgrain – rappellent que la radiologie est une discipline profondément médicale, intellectuelle et stratégique. L'ECR offre une respiration bienvenue, un temps de recul et une vision prospective sur l'avenir de la profession. Le choix de Vienne renforce encore cette attractivité. Ville au patrimoine exceptionnel, elle offre un cadre culturel unique, entre héritage impérial, musique classique et musées de renommée mondiale. L'ECR n'est ni un « petit RSNA », ni un « JFR européen ». C'est un congrès à part entière, combinant rigueur scientifique internationale et pertinence clinique européenne. Pour un radiologue français, y assister, c'est investir dans sa pratique et dans l'avenir de la radiologie. Alors, on se voit au Prater du 3 au 7 mars 2027 ? ●

Dr Philippe COQUEL,
secrétaire général adjoint de la FNMR

UNE LEÇON DE SCIENCE ET D'HUMANISME

Temps fort du Congrès européen de la radiologie, la Plenary Lecture du Pr Valérie Vilgrain a beaucoup fait parler dans les couloirs de l'Austria Center. Devant une salle comble, elle a livré une intervention singulière, intitulée *Liver Lover*, qui a marqué les esprits bien au-delà du cercle des experts de l'imagerie digestive. Loin des exposés techniques attendus, la radiologue a proposé une véritable ode au foie, mêlant rigueur scientifique et narration mythologique à partir du mythe de Prométhée. « Le foie ne séduit pas. Il ne fait pas de déclaration. Il ne bat pas, ne pense pas, ne se brise pas. Il endure, il travaille, il attend. C'est l'organe de la seconde chance, de la transformation, de la régénération et du mystère », a-t-elle rappelé, dans une séquence très applaudie. En associant iconographie de pointe et réflexion presque philosophique, Valérie Vilgrain a souligné que derrière chaque image se joue une résilience biologique unique. Mais l'essentiel de son message tenait surtout à un plaidoyer fort pour le rôle médical du radiologue, loin de l'image réductrice du simple « lecteur d'images ». Acteur central et transversal, le radiologue est garant de la qualité et de la pertinence des soins. Présent à chaque étape du parcours patient – dépistage, diagnostic, décision thérapeutique, traitement et suivi – il s'inscrit dans une discipline profondément médicale, fondée sur la physiopathologie, l'intégration clinique et la responsabilité diagnostique. La haute technologie n'a de sens que lorsqu'elle est mise au service du soin. La spécialisation apparaît alors comme un levier essentiel de légitimité clinique. Elle ne restreint pas le rôle du radiologue : elle le renforce. La métaphore finale – l'aigle et la chouette d'Athéna – résume cette vision d'équilibre entre vision panoramique et précision pour l'un et sagesse et transmission pour l'autre. « La radiologie, c'est l'amour de bien voir pour que les autres puissent mieux soigner. C'est aussi l'histoire d'un aigle et d'une chouette qui choisissent de partager leur vision et leur sagesse pour faire progresser la santé et s'élever ensemble », a conclu Valérie Vilgrain, sous une ovation nourrie.

CCAM

Une réforme technique, une impasse économique

Engagée pour adapter la nomenclature aux pratiques contemporaines, la réforme de la CCAM révèle un paradoxe majeur : un travail de fond considérable, mais une tarification maintenue sous contrainte budgétaire. Derrière la complexité technique, la reconnaissance du travail médical reste en suspens...

Créée en 2005, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) recense plus de 13 000 actes pour un volume d'honoraires sans dépassements estimé à près de 15 milliards d'euros. Malgré plus de 80 versions successives, elle ne reflète plus les pratiques médicales contemporaines ni l'évolution rapide des techniques. La révision engagée devait répondre à cette obsolescence. Lancée en 2021, elle devait initialement s'achever en 2024. Or, le calendrier s'est nettement dégradé : la CNAM¹, chargée de l'analyse des charges, évoque désormais un report possible en 2027, révélant les limites structurelles du processus de réforme.

→ LE SENS DU TRAVAIL EFFACÉ

La réforme de la CCAM s'est déroulée en plusieurs étapes distinctes. La première a consisté en une révision des libellés, conduite sous l'égide du Haut conseil des nomenclatures (HCN). Des centaines de médecins experts ont été mobilisés. En radiologie, deux comités ont été constitués : l'un dédié à la radiologie diagnostique, piloté par le Dr Christian Fortel, l'autre à la radiologie interventionnelle, sous la responsabilité du Dr Sophie Aupart. Ces travaux ont été coordonnés par le Pr Michel Nonent. Cette phase est désormais achevée. La seconde étape porte sur la hiérarchisation des actes. Chaque acte est évalué selon plusieurs critères : durée, niveau de compétence technique requis, charge mentale et stress. Ces paramètres permettent de calculer un score de "travail médical", servant à établir une hiérarchie intra-spécialité, puis inter-spécialités. Dans le même temps, la convention médicale a fixé la valeur du point de travail médical à 0,47 euro à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les travaux des experts ont également conduit à de nombreuses évolutions structurelles : créations de nouveaux actes, modifications de libellés, regroupements ou subdivisions. Pour ces situations, l'Assurance Maladie a retenu une méthode de

tarification dite "au fil de l'eau", présentée aux syndicats lors de la CHAP² du 5 février 2026. Les principes sont stricts : une modification lexicale n'entraîne aucun changement tarifaire ; un regroupement simple donne lieu à un tarif moyen pondéré ; une subdivision conserve le tarif initial ; un regroupement avec subdivision repose également sur une moyenne pondérée. L'objectif affiché est d'éviter tout impact financier immédiat.

→ UN GEL ORGANISÉ DES TARIFS

Dans les faits, cette méthode revient à maintenir les tarifs à leur niveau actuel, dans une logique d'"enveloppe financière provisoirement constante".

Les scores de travail médical issus de la hiérarchisation, pourtant au cœur de la réforme, ne sont pas pris en compte. De même, l'analyse des coûts réels de la pratique, conduite par la CNAM, reste sans traduction tarifaire concrète.

La tarification est présentée comme transitoire. Pourtant, lors de son audition devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 21 janvier dernier, le Pr François Richard, président du HCN, rappelait que la Haute Autorité de santé met entre deux et dix ans pour valider un acte, à raison d'une dizaine par an. Le Dr Christian Espagno, vice-président du HCN, soulignait quant

à lui que ni le HCN, ni la CNAM, ni la HAS ne disposent des moyens nécessaires pour traiter l'ensemble des quelque 14 000 actes de la CCAM dans des délais compatibles avec les besoins du terrain. Il rappelait également la possibilité d'inscriptions provisoires pour trois ans, renouvelables une fois, voire prolongées par un futur PLFSS³.

Derrière la notion d'"enveloppe provisoirement constante", se profile donc un gel durable des revalorisations, sans prise en compte de la réalité du travail médical ni de l'évolution des charges. La logique retenue s'apparente à celle des forfaits techniques : une enveloppe fermée, déconnectée des coûts et des besoins de santé. Face à cette situation, la FNMR, aux côtés des autres syndicats médicaux, appelle à davantage de transparence et à un véritable partenariat, notamment pour objectiver les charges réelles des équipements lourds et en coupe. ●

¹ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

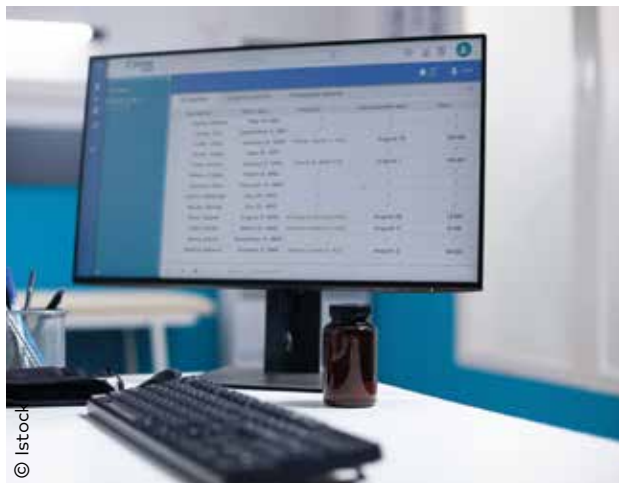
² Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations

³ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale



Remplacements

Les règles de facturation à ne pas manquer



Entre cartes professionnelles, paramétrage des logiciels et exigences de traçabilité, la facturation des actes en situation de remplacement reste une source d'interrogations pour les médecins. Qui signe, qui est payé, et comment la Caisse identifie-t-elle l'exécutant réel de l'acte ? Éléments de clarification.

Un médecin remplaçant peut-il télétransmettre des actes avec sa propre carte tout en utilisant le logiciel du médecin remplacé ? Oui, sous certaines conditions. Le remplaçant utilise sa propre carte CPS¹ pour créer et signer les FSE² dans le logiciel du remplacé, qui doit être préalablement paramétré pour reconnaître le remplaçant. Les actes sont cotés selon la nomenclature et le secteur conventionnel du médecin remplacé, et le paiement est versé sur le compte de ce dernier, qui rétrocède ensuite la part convenue. Encore faut-il que les outils informatiques soient correctement configurés pour sécuriser cette organisation et garantir la conformité de la facturation.

→ UN PARAMÉTRAGE DU LOGICIEL INDISPENSABLE

Tout est question de logiciel, car le médecin remplacé doit normalement initier une session de remplacement dans son logiciel avant de laisser place au remplaçant. Le remplaçant génère alors les FSE, les valide avec sa propre carte et les télétransmet, le logiciel assurant l'identification du remplaçant comme exécutant et du titulaire comme médecin facturant. Pour les feuilles de soins papier (cas devenus rares),



Philip COHEN,
avocat associé –
cabinet AUBER Paris,
ancien membre du Conseil
de l'Ordre,
ancien membre du Conseil
National des Barreaux

le remplaçant barre le nom du titulaire, inscrit le sien, précise sa qualité de remplaçant et utilise ses propres vignettes si nécessaire, afin que le remplacé comme le remplaçant soient clairement identifiés.

→ UNE IDENTIFICATION OBLIGATOIRE POUR LA CAISSE

Le remplaçant doit être identifiable par la Caisse. Il s'inscrit d'abord auprès de la CPAM de son lieu de résidence en fournissant son numéro RPPS³, obtenu via l'Ordre des médecins, et informe la Caisse de chaque remplacement. Sur les FSE, le système identifie normalement le remplaçant comme exécutant de l'acte et le titulaire comme responsable du paiement, via les numéros RPPS et SIRET respectifs. Les démarches pour obtenir la carte CPS en tant que remplaçant passent par l'Ordre des médecins, puis par la CPAM.

→ SÉCURISER LA FACTURATION POUR ÉVITER REJETS ET INDUS

En résumé, la Caisse doit pouvoir identifier sans ambiguïté le médecin ayant réalisé l'acte, tout en rattachant la facturation au médecin remplacé. Cette rigueur administrative vise avant tout à sécuriser les flux de facturation et à prévenir les contentieux ultérieurs. En cas de contrôle, l'absence d'identification claire du remplaçant ou un défaut de paramétrage du logiciel peut entraîner des rejets, voire des indus. D'où l'importance d'anticiper chaque remplacement sur le plan technique. Enfin, l'identification du médecin ayant réalisé l'acte est importante, car le remplaçant est personnellement responsable de ses actes et engage, à ce titre, sa propre responsabilité civile professionnelle.. ●

¹ Carte de Professionnel de Santé

² Feuille de soins électronique

³ Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé

Conseil d'administration Mars 2026

ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT ET DU BUREAU RESTREINT

Le Dr Jean-Philippe MASSON ouvre le conseil d'administration après l'appel. Le quorum étant atteint, les opérations de vote peuvent se dérouler, conformément aux statuts. Une présentation de chaque candidat est effectuée.



→ DR ÉRIC CHAVIGNY

Une candidature placée sous le signe du collectif et du renouveau

Lors du conseil d'administration, le Dr ÉRIC CHAVIGNY présente sa candidature à la présidence de la FNMR dans un contexte marqué par des tensions persistantes avec l'Assurance Maladie et une certaine démobilité des radiologues de terrain. Dans son intervention, il souligne que cette élection constitue un moment clé pour définir l'orientation politique de la Fédération pour les trois prochaines années. Insistant sur l'importance du style de gouvernance, il appelle à profiter de ce changement pour renouveler le dialogue avec les partenaires institutionnels, améliorer le fonctionnement interne de la FNMR et redonner de la lisibilité à l'action syndicale. Fort de vingt-cinq ans d'engagement syndical à tous les échelons (départemental, régional et national), il rappelle que la légitimité ne repose pas sur les fonctions occupées, mais sur les actions menées. Il met notamment en avant le développement du concept de PIMAP¹, le

renforcement du lien avec les jeunes générations via le partenariat avec l'UNIR², ainsi que son attachement à une FNMR ouverte, fédératrice et solidement ancrée dans le terrain. Adoptant une approche résolument collective, il insiste sur la nécessité de mobiliser l'ensemble des compétences au service de l'intérêt général de la profession. Il alerte également sur le climat de découragement qui traverse aujourd'hui la radiologie libérale et sur l'enjeu crucial que constitue la remobilisation syndicale.

→ DR FRANCK CLAROT

Remerciements et contexte : « Je ne reviendrai pas sur ma profession de foi, que vous avez pu lire. Nos objectifs sont communs et nous les défendrons ensemble. Les différences qui peuvent exister entre les candidats relèvent davantage de la méthode que du fond. J'ai récemment échangé avec la ministre de la Santé ainsi qu'avec la CNAM³, et je suis en mesure d'indiquer que des avancées favorables sont à venir. »

Un bureau d'union : « Cette élection n'est pas celle d'un président seul : c'est celle d'un bureau, d'une équipe. Je m'engage à constituer un bureau transpartisan, représentatif de l'ensemble des modes d'exercice et des sensibilités. Je souhaite y associer les radiothérapeutes, partenaires historiques de la FNMR, en confiant le poste de secrétaire général adjoint à Ali HASBINI. Je remercie chaleureusement Céline KLEIN, David BERTRAND, Jean-Charles LECLERC, Grégory LENCZNER, Layla BOULOS et Dominique MASSEYS pour leur engagement à mes côtés. »

Renouvellement et continuité : « Je suis convaincu de la nécessité d'intégrer davantage les jeunes confrères au sein de nos instances. C'est pourquoi je réactiverai le groupe cadre afin de les accompagner vers leurs futures responsabilités, tout en veillant à préserver l'expertise des membres expérimentés, indispensable à la continuité de nos missions. »

Méthode et stratégie : « Face à des interlocuteurs institutionnels exigeants et dans un contexte de contraintes budgétaires fortes, il me semble nécessaire d'adopter une approche plus concertée et plus subtile. C'est l'une des différences majeures du projet que je porte avec mon équipe. »

¹ Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité

² Union Nationale des Internes et jeunes Radiologues

³ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie



→ RÉSULTATS DU SCRUTIN

Conformément aux statuts, le doyen d'âge, **Dominique MASSEYS**, assure le dépouillement entouré de deux assesseurs : **Grégory SECCO** et **Thibaut JACQUES**. Résultats : 52 voix pour **Éric CHAVIGNY** et 25 voix pour **Franck CLAROT**.

Le Dr Éric CHAVIGNY est élu président de la FNMR.

À l'issue du vote, le Dr **Franck CLAROT** exprime sa profonde gratitude à l'équipe administrative et rend hommage au Dr **Jean-Philippe MASSON**, président sortant, pour son dévouement sans faille au service de l'imagerie médicale. Il lui assure son respect et sa reconnaissance.

Le Dr **Éric CHAVIGNY** remercie les administrateurs pour leur confiance et place son mandat sous le signe de la lucidité, de la responsabilité et de l'engagement collectif. Il reconnaît l'ampleur des défis à venir et appelle à une mobilisation forte de l'ensemble des instances de la FNMR. Rendant hommage à son prédécesseur, le Dr **Jean-Philippe MASSON**, il salue plus de vingt années d'engagement au service de la Fédération. Il remercie également l'équipe administrative de la FNMR et FORCOMED, dont il souligne le rôle essentiel dans le bon fonctionnement de la structure.

→ UNE PRÉSIDENTE TOURNÉE VERS L'ACTION

Ce début de mandat s'inscrit dans une volonté claire : rassembler, redonner confiance et porter une stratégie offensive au service de la radiologie libérale et des patients. Le Dr **Éric CHAVIGNY** présente la composition de son bureau restreint, qui est soumis au vote et élu à l'unanimité (voir communiqué page 9).

- Premier vice-président : Dr **Éric GUILLEMOT** (PACA). « Il a beaucoup d'expérience au niveau national et européen. On a des styles différents, mais complémentaires. »

- Secrétaires généraux : Dr **Katia GIOBBINI** (Occitanie) et Dr **Sébastien THIRIAT** (Grand Est).
- Secrétaires généraux adjoints :
Dr **Éric CHEVALLIER** (Bretagne) ;
Dr **Cédric BROCHART** (Hauts-de-France) ; Dr **François JAMBON** (Nouvelle Aquitaine), Dr **Éric TEIL** (AuRA).
- Trésorier : Dr **Alain FRANÇOIS**. « Un homme d'affaires qui maîtrise les comptes et la gestion d'entreprise. »
- Trésorier adjoint : Dr **Dominique MASSEYS** (Nouvelle Aquitaine).

Le reste du bureau sera élu lors du conseil d'administration du mois de juin.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

→ FINANCES ET COMPTES 2025

Le Dr **Dominique MASSEYS** présente le tableau d'activité 2025 de la FNMR. Le nombre d'adhérents demeure stable, avec 130 nouveaux adhérents enregistrés sur l'exercice. Le conseil constate une augmentation d'environ 30 % des cotisations scanner et IRM. Aux côtés du Dr **Jean Charles GUILBEAU**, il salue le travail constant des trésoriers départementaux et régionaux. Les dépenses d'exploitation se révèlent supérieures aux prévisions, en raison d'un contexte de crise marqué : recrutement d'un communicant de crise, honoraires d'avocats spécialisés dans les recours devant le Conseil d'État et hausse générale des charges liée à l'inflation, comparable à celle observée dans les structures radiologiques. Il est précisé que la SCI Roentgen, ayant achevé le remboursement de son emprunt lié à l'acquisition des locaux, dégage désormais des résultats bénéficiaires et peut rembourser les avances consenties par la FNMR. Les comptes sont soumis au vote et arrêtés à l'unanimité par le conseil d'administration.

→ NÉGOCIATIONS AVEC LA CNAM

Dr **Jean-Philippe MASSON** : « La décision de l'UNCAM⁴, imposée par le directeur général de la CNAM, comportait quatre étapes : le 5 novembre, le 1^{er} janvier 2026, le 1^{er} juillet 2026, et une dernière au 1^{er} juillet 2027. Désormais, il va falloir renégocier l'étape du 1^{er} juillet 2026. **Thomas Fatôme** a repris des discussions bilatérales avec les syndicats, poussées par le gouvernement, certainement à la suite de l'ampleur du mouvement de janvier et des mois qui l'ont précédé. Il a fini par admettre qu'en année glissante, c'est-à-dire sur la période fin 2025-début 2026, il estimait avoir déjà récupéré 200 millions d'euros. Son objectif, c'est 300 millions d'euros d'ici fin 2027. Or, si l'on continue sur la même trajectoire, ce ne sont pas 300 millions, mais bien 400 millions qui seront récupérés. Les négociations bilatérales sur le plan imagerie, un peu plus approfondies, ont donc commencé avec le SML, Avenir Spé et sont prévues la semaine prochaine avec la CSMF. Une réunion avec la FNMR est prévue en avril. Une réunion est également envisagée avec le SRH. »

⁴ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

⁵ Syndicat des Radiologues Hospitaliers



Un intervenant : « Le SRH⁵ n'a pas vocation à négocier la convention. Nous n'allons pas négocier avec la direction des hôpitaux la rémunération des radiologues hospitaliers. Ils interviennent dans la convention de manière indirecte lorsqu'ils exercent en secteur libéral, mais ce n'est pas le cœur de leur sujet. »

Dr Jean-Philippe MASSON : « Il y aura néanmoins un travail commun avec le SRH. Dans un courrier adressé aux syndicats représentatifs, **Thomas Fatôme** indique que sa porte reste ouverte pour réfléchir à la deuxième phase de mesures, en insistant sur la notion de pertinence, et en proposant la création d'un groupe de travail chargé d'étudier le coût réel des forfaits techniques, composé de quatre personnalités qualifiées, deux désignées par les syndicats et deux par la Caisse. Il convient de rappeler que l'article 49 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 prévoit la constitution d'un groupe de travail entre les services de la Caisse et la profession afin de travailler sur ce coût. La DSS⁶, qui a contacté le président afin de déterminer le coût réel d'un forfait technique, semble en accord avec les propositions de la FNMR sur la constitution de ce groupe, mais avec un élargissement du nombre de participants et l'élaboration d'une méthodologie de travail jusqu'en juin-juillet. Ensuite, un travail opérationnel serait engagé, de sorte qu'en septembre-octobre, juste avant le PLFSS⁷, la DSS puisse prendre un décret arrêtant les modalités de calcul réelles des forfaits techniques. Seul problème : il faudra convaincre le directeur général de la CNAM. La DSS répond : " Je vais voir avec la Caisse, je vais en parler, puis je vous tiens au courant. " Depuis, il n'y a plus eu de retour. »

Un intervenant : « Dans cette hypothèse de calendrier de travail, que se passe-t-il pour le 1^{er} juillet 2026 ? »

Dr Jean-Philippe MASSON : « Je rappelle que, dans sa note, **Thomas Fatôme** espérait récupérer 17 millions d'euros sur la baisse du Z et du Y d'ici fin 2027. En

cinq mois, nous sommes déjà à 11 millions. Le forfait archivage a généré 5 millions d'euros d'économies. Le forfait réduit IRM/scanner, dont la baisse, non renouvelable, s'est achevée au 1^{er} janvier, a généré 20 millions d'euros d'économies. Il y a également eu des baisses sur divers actes, principalement sur les échographies, qui ont commencé à produire leurs effets. Sur cinq mois, en cumulant l'ensemble de ces mesures, nous atteignons 115 millions d'euros d'économies. Si l'on extrapole sur 26 mois, chacun peut mesurer ce que cela va représenter. Si l'on poursuit sur cette trajectoire, on atteindra non pas 300 millions, mais 500 millions d'euros. Il n'est pas possible, à ce stade, de chiffrer précisément la gratuité à partir du troisième acte. Que proposons-nous à la Caisse ? Revenir sur le Z, revenir sur le troisième acte, annuler la baisse du forfait technique prévue au 1^{er} juillet, et au minimum instaurer – ce qui avait été refusé la dernière fois – une forme de moratoire. Concernant la mammographie, l'idée est d'insister sur la création d'une enveloppe spécifique "prévention/dépistage", qui intégrerait la mammographie, le scanner thoracique, le score calcique, et plus largement tout ce qui relève de la prévention et du dépistage – pas uniquement la radiologie. Cela pourrait également concerner le dépistage du cancer colorectal, par exemple. Ce sera plus complexe et nécessitera un important travail de lobbying politique. »

Dr Franck CLAROT : « J'étais à la CNAM avant-hier après-midi avec Avenir Spé. On sent bien que la demande porte avant tout sur la pertinence. Ils veulent de la pertinence rapide, c'est-à-dire pas une pertinence pérenne sur trois à cinq ans, mais une pertinence immédiate, applicable "dès demain". J'ai remis sur la table ce qui avait été proposé en juin 2025, lors des dernières négociations de la FNMR, puisqu'on arrivait à 300 millions d'euros de pertinence

⁶ Direction de la Sécurité Sociale

⁷ Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

⁸ Dossier Médical Partagé

sur le plan que nous leur avons soumis. Sur ces 300 millions d'euros, par mesure de rétorsion, parce que les syndicats n'avaient pas signé, ils ont supprimé l'intégralité des mesures. Résultat : zéro euro de pertinence, uniquement par logique de rétorsion de la part de **Thomas Fatôme**. Nous avons un soutien très net de l'ensemble des spécialistes d'Avenir Spé, en particulier les cardiologues et les vasculaires, sur la demande d'examens dans le cadre de la pertinence. Le constat est partagé : la qualité de l'adressage se dégrade, et les examens réalisés en aval sont moins bien indiqués, mal indiqués, voire pas indiqués du tout, ou même impossibles à réaliser dans de bonnes conditions. **Stéphanie Rist**, vue en amont, déclare : "Chaque spécialiste doit assumer sa pertinence, et les radiologues doivent assumer leur pertinence et dire non lorsque l'examen n'est pas adapté." Cette position peut laisser entendre que pourrait émerger une forme de responsabilité financière liée à la réalisation d'examens non pertinents, y compris lorsque la demande ne relève pas du radiologue. Autre élément important : les rhumatologues ont été particulièrement impactés par le troisième acte gratuit, Stéphanie Rist est elle-même rhumatologue, et elle a essuyé de très fortes critiques lors des dernières réunions, notamment de la part de ses confrères. Dans le cadre de la négociation, j'ai explicitement demandé la suppression du troisième acte gratuit, et Avenir Spé a également appuyé cette demande, en relayant très clairement la position des rhumatologues. »

Dr **Sébastien THIRIAT** : « C'est un sujet que nous avons déjà abordé à plusieurs reprises lors de l'élaboration du cahier des charges du Ségur, en lien avec la Direction du numérique en santé, puisque nous avons très rapidement demandé que les prescriptions soient standardisées, répondent à un cahier des charges précis, avec un menu déroulant obligatoire, de manière à garantir l'existence d'une véritable indication, ainsi qu'un lien entre la demande dématérialisée et la DRIM. Nous en avons d'ailleurs discuté à un moment donné avec le Syndicat des médecins généralistes. Cela n'avait pas été accueilli avec enthousiasme, mais ce n'avait pas non plus été rejeté. La proposition leur paraissait, au fond, assez logique. La raison est simple : si nous faisons l'effort de participer au DMP³, au partage des images, et au compte rendu standardisé, l'effort doit également être consenti en amont, au début de la chaîne, car c'est ce premier maillon qui conditionne la qualité de l'ensemble du parcours. Cette évolution s'inscrit donc dans la vague 3 du Ségur, et elle sera portée une fois la vague 2 achevée. Sur la qualité des prescriptions dans le cadre du Ségur – vague 3, nous serons aidés, puisque ces exigences seront finalement imposées "d'en haut" à l'ensemble des médecins prescripteurs, et non laissées à la seule initiative des radiologues. »

Dr **Philippe COQUEL** : « Plusieurs articles récents ont mis en lumière les situations en Belgique et en Norvège, qui rencontrent les mêmes difficultés que la plupart des pays européens. Ces pays ont mis en place des guidelines et des process structurés afin de limiter les examens non pertinents. »

Dr **Jean-Philippe MASSON** : « Le sujet de la pertinence a été engagé dès 2018, lors du premier plan, un certain nombre de fiches, fondées sur les recommandations de la Haute Autorité de santé, avaient alors été élaborées ; fiches qui restent pleinement d'actualité. J'ai une certaine confiance et un certain espoir dans le Ségur numérique, qui va s'imposer aux médecins généralistes. Ils n'auront pas le choix, et ils n'auront pas non plus à financer le matériel, puisque c'est l'État qui va payer le logiciel. »

Dr **Bruno SILBERMAN** : « Les médecins généralistes n'accepteront que des outils qui leur servent réellement de référence. Le Ségur numérique devra donc passer par un outil qui ne les contraigne pas à une perte de temps, et dont le contenu soit validé par eux, sans quoi le dispositif sera inapplicable. La Caisse doit également mener une campagne de communication, à caractère médiatique, par exemple : "Lumbago : la radiographie n'est pas automatique". Il ne faut pas compter uniquement sur les généralistes. Les radiologues sont aussi au cœur du sujet, et c'est toute la difficulté. Il faudra associer l'ensemble de nos confrères, sur les territoires, à des campagnes de pertinence ciblées sur certains actes, à condition d'obtenir des contreparties claires. »

Dr **Thibaut JACQUES** : « Il serait pertinent d'évaluer plus finement, avec la Caisse, les coûts liés aux demandes d'imagerie émanant des plateformes de téléconsultation. La pertinence pourrait, dans un premier temps, être focalisée sur cette activité, puisqu'elle concentre une part significative de demandes de mauvaise qualité, émanant d'acteurs qui ne sont pas nos correspondants habituels. Par ailleurs, dans un contexte où la téléconsultation est de plus en plus questionnée sur le plan médiatique et politique, cette approche serait cohérente. »

→ COTISATIONS ORDINALES

Dr **Jean-Philippe MASSON** : « La CSMF et Avenir Spé ont déposé un recours devant le Conseil d'État contre le CNOM. Dans l'attente de la décision, les cotisations individuelles sont réglées normalement et, s'agissant des sociétés, il est possible de régler une cotisation de SCP lorsque l'exercice se fait en société. »

→ RECOURS

Dr **Franck CLAROT** : « Dans le cadre du recours, nous avons impérativement besoin de données chiffrées. Sans statistiques solides, il sera impossible de répondre efficacement aux calculs et aux arguments de nos contradicteurs. Ces données existent dans nos bases, et il faudra trouver un mode de transmission sécurisé et de confiance, afin de pouvoir les exploiter dans le cadre juridique du recours. »

→ COMMUNICATION

Dr **Jean-Philippe MASSON** : « Il faut être encore plus visibles. Les journalistes commencent à reconnaître que nous avons été les déclencheurs du mouvement de janvier, mais si nous interrompons notre action,



nous risquons de disparaître médiatiquement. Nous avons réalisé un sondage avec l'institut Cluster 17, un autre sondage interne auprès des radiologues, ainsi qu'un sondage à destination des patients. L'objectif est de démontrer que la radiologie est au centre du système de soins. Le sondage de l'institut Cluster montre que 90 % des Français considèrent que les radiologues jouent un rôle important en matière de prévention et de dépistage. Autre point très positif : les investissements réalisés sont jugés légitimes, ce qui constitue un argument utile dans les échanges avec la CNAM. En revanche, l'image du radiologue auprès du public reste problématique : seuls 27 % des patients nous considèrent comme des médecins à part entière. 40 %, soit près d'un Français sur deux, estiment que le radiologue est avant tout un médecin très technique, et 21 % le perçoivent comme un technicien spécialisé. La proximité du radiologue avec le patient est pourtant fondamentale. À défaut, nous sommes perçus comme des techniciens de haut niveau plutôt que comme des médecins cliniciens. C'est une réflexion stratégique que nous devons engager. Aux États Unis, la RSNA a conduit cette réflexion il y a plusieurs décennies, avec un retour affirmé du radiologue vers le patient. Les Français soutiennent massivement la radiologie, mais la reconnaissance médicale de notre activité doit impérativement être renforcée. Concernant le questionnaire interne, 96 % des radiologues estiment que leur rôle est insuffisamment reconnu. Deux tiers considèrent que les cabinets sont fragiles, sous forte tension, et l'intelligence artificielle est perçue comme une innovation majeure, à la fois porteuse d'opportunités et de contraintes. S'agissant du sondage patient, 70 % estiment qu'ils n'auraient pas obtenu de diagnostic sans examen radiologique. 80 % considèrent que les responsables politiques ne prennent pas suffisamment conscience de l'utilité de la radiologie. L'objectif est donc clair : remettre la radiologie au centre du système de soins. Il est nécessaire de constituer dès maintenant un groupe de travail chargé de définir des messages prioritaires et cohérents. »



→ PRIVALENCE

Dr **Franck CLAROT** : L'assemblée générale de Privalence s'est tenue le 19 mars 2026 et le conseil de surveillance le 20 mars, dans un climat serein. Le commissaire aux comptes a validé les comptes de l'exercice, lesquels ont été certifiés à l'unanimité des partenaires. Ce premier point, essentiel à la crédibilité de la structure, est désormais acquis. Le second sujet abordé concernait la situation financière de la centrale. Celle-ci rencontre actuellement des difficultés à recouvrer certaines sommes dues, dans un contexte général de tension sur les trésoreries, qu'il s'agisse des industriels partenaires ou des

adhérents eux-mêmes. Les rentrées s'effectuent progressivement de façon satisfaisante. Afin de soutenir le développement de la centrale, le conseil de surveillance a engagé une réflexion – évoquée à plusieurs reprises – sur la diversification de l'offre. Dans le cadre de mes responsabilités au sein d'Avenir Spé, j'ai l'occasion d'échanger régulièrement avec les présidents d'une vingtaine de syndicats de spécialistes. Ces derniers manifestent un intérêt marqué pour une collaboration avec Privalence. Les premières spécialités ciblées sont la cardiologie, l'ophtalmologie, la médecine nucléaire, la médecine vasculaire et la radiothérapie. Pour certaines d'entre elles, les praticiens exercent fréquemment en cabinet isolé ou en structure de petite taille, ce qui les prive de toute capacité de négociation individuelle, et constitue précisément le marché que nous entendons toucher. Cette dynamique ouvre la perspective d'un élargissement significatif de la base d'adhésion : non plus uniquement par groupes constitués, à l'image des radiologues, mais par adhésions individuelles de médecins spécialistes.



→ FORCOMED

Dr **Jean-Charles LECLERC** : « Je voudrais insister tout particulièrement sur la journée FORCOMED Académie, qui se tiendra la veille du conseil d'administration, le 11 septembre prochain. Pour rappel : FORCOMED Académie est une journée composée de nombreux ateliers, avec des formations courtes d'une heure, en petits groupes, cinq à six participants par salle, en interaction directe avec le formateur. Les thématiques sont extrêmement variées : beaucoup d'imagerie de la femme, du pelvis, mais aussi de la radiopédiatrie, de la neuroradiologie, et de nombreux autres sujets. Nous espérons également accueillir un intervenant de premier plan sur l'imagerie abdominale. La confirmation est en cours, je ne peux donc pas encore en dire davantage, mais c'est une journée réellement passionnante. Vous pouvez participer le matin, l'après midi, ou sur la journée complète. C'est un format qui avait rencontré un très grand succès, avec près de 150 participants lors de la première édition en 2025. Pour celles et ceux qui n'ont pas encore suivi la formation au dépistage du cancer du poumon, il sera possible de la coupler – ou non – avec FORCOMED Académie. Je vous encourage vivement à y participer. J'insiste également sur une formation remarquable, véritable "bijou" conçu par Romain Foucher : une mise à niveau et des ateliers de perfectionnement en sénologie. Vous avez tous réalisé, pour ceux qui pratiquent le dépistage, la formation initiale au dépistage, souvent il y a une vingtaine d'années. Or, les évolutions ont été nombreuses. Nous vous proposons des ateliers pratiques sur console, avec des cas plus subtils, plus complexes. Venez donc

suivre cette formation, baptisée "Séno 2.0", dédiée au perfectionnement. Nous avons parlé tout à l'heure du DPC : il y en a encore cette année. Profitez-en pour réaliser votre DPC sur l'IRM mammaire en juin, ou pour suivre la formation à l'annonce diagnostique, particulièrement précieuse, car elle permet d'être mieux armé pour annoncer une pathologie grave à un patient. La formation sur la thyroïde est également très utile, avec un programme de grande qualité. Ce n'est pas parce que le DPC s'arrête en 2026 qu'il ne faut pas en profiter : ce sont des formations solides et de haut niveau. L'endométriose fera également partie de nos derniers DPC de l'année. C'est une session particulièrement appréciée, avec beaucoup de confrontations cliniques, allant bien au-delà de la seule imagerie, et intégrant la prise en charge globale en aval. Le programme détaillé est disponible. »

→ NORMES

Dr **Jean-Charles LECLERC** : « L'AFNOR⁹ a publié une norme en qualité en imagerie médicale 2021. Ces travaux constituaient une réécriture du référentiel Labelix, qui n'avait jamais vraiment obtenu une reconnaissance formelle, et s'inscrivaient dans notre opposition au projet de "coffret", qui faisait peser le risque d'une accréditation imposée. Nous avons alors estimé nécessaire de publier une norme, ce qui

a conduit à la parution de la norme NF S99 300 en 2021. Nous avons ensuite fait le choix de porter cette norme au niveau européen, afin d'éviter l'imposition de dispositifs incohérents venus de Bruxelles, qui auraient écrasé notre norme nationale, et pour défendre notre vision de l'imagerie médicale. Ces travaux arrivent à leur terme. Le vote a eu lieu hier, et c'est une information toute récente : la norme a été approuvée à 100 % par les pays européens. La future norme européenne en qualité en imagerie médicale reprend à 99 % la norme française, elle-même issue à 99 % de Labelix. On peut donc dire que ce qui a été initié par la FNMR il y a plus de vingt ans, avec la démarche Labelix, s'est aujourd'hui concrétisé sous la forme d'une norme européenne. »

→ AUDITS PAR LES PAIRS EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr **Jean-Charles LECLERC** : « Pour les audits cliniques par les pairs, la norme prend la forme d'une grille d'audit servant de référence. Une phase pilote a été menée, puisque la France a l'obligation de mettre en place des audits cliniques par les pairs. Une nouvelle fois, nous avons réussi à éviter une accréditation par

⁹ Association Française de NORmalisation



LE CONGRÈS PROFESSIONNEL DE LA FNMR

BLOQUEZ LA DATE
VENDREDI 19 JUIN 2026
PARIS



INSCRIVEZ-VOUS



le COFRAC¹⁰, pour mettre en œuvre un dispositif piloté par notre CNP, au sein du G4. Cette phase pilote est désormais achevée et a concerné environ 100 centres et structures d'imagerie. Je tiens à remercier tout particulièrement certains d'entre vous, car de nombreux radiologues libéraux ont accepté de se prêter à l'exercice. Les deux tiers des audits ont ainsi été réalisés dans des structures privées libérales. Merci donc à vous. Cette phase pilote a été, je crois, une expérience intéressante : un audit gratuit, permettant d'obtenir un état des lieux objectif de nos pratiques professionnelles. Un premier bilan a été conduit avec le ministère de la Santé et la DGS¹¹. La DGS n'a pas retenu la poursuite des audits externes dans les structures d'imagerie diagnostique. Il n'y aura donc pas d'audit externe tel que vous l'avez connu, mais un audit interne, reposant sur une auto évaluation. Concrètement, vous devrez réaliser vous mêmes une auto évaluation, à partir d'une grille d'audit qui sera à la fois allégée et améliorée. Il n'y aura ni accréditation, ni audit externe. Il s'agira d'un audit simple, probablement tous les deux ans – ce point n'est pas encore définitivement arrêté – avec transmission des résultats au CNP, assortie éventuellement de quelques contrôles ponctuels, réalisés par échantillonnage par le CNP. En revanche, des audits externes seront bien mis en place en radiologie interventionnelle, en raison d'enjeux spécifiques importants. Il faut le dire clairement : il n'y aura pas d'audit externe en radiologie diagnostique, pour des raisons essentiellement budgétaires, les coûts étant trop élevés et les financements insuffisants. Ces audits externes seront donc limités à la radiologie interventionnelle, soit environ 200 structures en France. Dans ce cadre, j'ai lancé un appel à candidatures auprès de radiologues libéraux, afin que certains rejoignent le groupe de travail en cours de constitution. Merci à celles et ceux qui ont répondu. Il y aura, là aussi, une majorité de libéraux, ce qui est souhaitable, afin que la vision hospitalière ne s'impose pas à l'ensemble de la radiologie interventionnelle. Quelle est la suite ? Nous allons travailler à l'élaboration d'une grille d'audit spécifique. Les travaux vont débuter très prochainement, avec pour objectif de produire des outils opérationnels, pragmatiques et réellement utiles, afin d'éviter d'auditer des éléments non pertinents. Dans un second temps, un appel à candidatures sera également lancé pour recruter des auditeurs, chargés d'intervenir dans les structures de radiologie interventionnelle. »

→ INSTITUT SAPIENS

Dr **Jean-Charles LECLERC** : « Il s'agit d'un rapport commandité et financé par l'URLEM¹². Il contient de nombreux éléments extrêmement intéressants, que nous pourrions utilement mobiliser pour notre communication et pour étayer notre discours face à la CNAM. Le rapport propose une analyse économique, fondée sur des données publiées, particulièrement solides. Il montre notamment que des délais de rendez-vous de quatre semaines pour un scanner ou une IRM en oncologie ont un impact majeur sur la mortalité, avec près de 10 % de mortalité

supplémentaire associée à ces délais. Ce sont des constats extrêmement graves. Cela met en lumière le caractère profondément contre productif du coup de rabot imposé par la CNAM, et son impact direct sur la santé des patients. Le rapport s'appuie également sur un benchmark international. Il analyse des pays ayant restreint l'accès à l'imagerie, comme le Royaume Uni, et les conséquences délétères de ces choix. À l'inverse, d'autres pays, comme les Pays Bas et le Danemark, ont fait le choix d'investir dans l'imagerie, avec une amélioration significative des délais, une baisse de la mortalité par cancer, et un impact économique globalement positif. Car, malheureusement, ce qui intéresse en premier lieu la CNAM, c'est la gestion comptable, plus que la santé des patients. Ce rapport démontre précisément que l'investissement permet de dégager des économies. Au niveau de l'OCDE¹³, un euro investi dans l'imagerie permettrait d'économiser 1,75 euro. Plusieurs scénarios économiques sont ainsi développés : un scénario "rabot pur" de 300 millions, qui coûte en réalité 460 millions ; un scénario intermédiaire intégrant 50 millions de pertinence ; un scénario fondé exclusivement sur la pertinence. Le rapport ne traite pas de tout. La radiologie interventionnelle, par exemple, est largement absente, alors que nous savons qu'elle génère des économies considérables sur l'enveloppe chirurgie. C'est sans doute une piste de travail future, et rien n'empêche de poursuivre la production de rapports de qualité, pour renforcer encore notre argumentation. »



→ IMAGINE 2026

Le programme d'IMAGINE 2026 aura pour thème : « La radiologie : une dépense ou un investissement pour la santé ». Ce programme réunira des personnalités variées et de grande qualité, qui nous inviteront collectivement à la réflexion.

Le Dr Jean Philippe MASSON conclut le conseil en donnant rendez-vous à l'ensemble des participants pour l'assemblée générale du 20 juin.

¹⁰ Comité Français d'Accréditation

¹¹ Direction générale de la santé

¹² Union de la Radiologie Libérale En Mouvement

¹³ Organisation de Coopération et Développement Économiques

DE LA NUIT ARCTIQUE AUX ENTRAILLES TELLURIQUES

Il est des lieux où la nature impose son rythme et son silence. Sous les lumières boréales de Laponie ou sur les terres volcaniques de Nouvelle-Zélande, le voyage devient sensoriel, presque initiatique. Rovaniemi et Tongariro offrent une immersion brute, où le spectacle se mérite et marque durablement.

Par Philippe COQUEL

ROVANIEMI LA MAGIE DU CIEL POLAIRE

Située en Laponie finlandaise, Rovaniemi est une destination de choix, facilement accessible, pour observer les aurores boréales entre les équinoxes d'automne et de printemps. Placée sous l'ovale auroral, la ville permet de rejoindre rapidement de vastes espaces naturels préservés, à l'écart de toute pollution lumineuse. Les parcs environnants dévoilent des paysages spectaculaires de forêts enneigées et de rivières gelées, particulièrement propices à l'observation. Les périodes les plus favorables s'étendent de fin septembre à mi-octobre – avec des températures plus douces mais sans neige – et surtout de mi-février à fin mars. L'observation des aurores requiert toutefois patience et disponibilité, car plusieurs nuits sur place sont souvent nécessaires et le ciel doit être parfaitement dégagé. En photographie, la phase de la lune joue un rôle clé : la nouvelle lune offre un contraste maximal, tandis qu'un quartier de lune éclaire subtilement les paysages. Même en l'absence d'aurores, Rovaniemi séduit. Balades en traîneau à chiens, motoneige à travers les forêts enneigées, étendues immaculées à perte de vue : le séjour se transforme rapidement en une aventure inoubliable.



TONGARIRO LA FORCE DE LA TERRE

Au cœur de l'île du Nord de la Nouvelle-Zélande, le Tongariro Alpine Crossing est bien plus qu'un simple itinéraire de randonnée : c'est une expérience visuelle saisissante. Long de près de vingt kilomètres, le sentier traverse un paysage volcanique d'une intensité rare, entre cratères rougeoyants, lacs acides aux teintes émeraude, odeurs de soufre et silence minéral, ponctué de panaches de vapeur s'échappant du sol. Classé au patrimoine mondial de l'UNESCO, le parc national de Tongariro est également un territoire sacré pour les Maoris, une dimension culturelle désormais pleinement intégrée aux politiques de préservation, alors que la fréquentation ne cesse d'augmenter depuis sa médiatisation mondiale liée au Seigneur des Anneaux. Si la traversée reste accessible à un large public, elle exige une préparation sérieuse : météo changeante, vents parfois violents et terrain exposé. Mais l'effort est largement récompensé. Le Tongariro Alpine Crossing offre une expérience rare : celle de pénétrer dans un paysage vivant, puissant et sacré, et d'en ressortir avec le sentiment d'avoir touché à l'essence même de la Nouvelle-Zélande.

Remplacements / Associations

N°11076

47 – AGEN

10 radiologues au sein d'une SDF, 3 sites, cherche associé(e), sans droit d'entrée, temps partiel possible, radio conv, cardio-vasculaire, interventionnelle, imagerie oncologique, téléradio la nuit. Contrat de remplaçant de congés ou un contrat de collaboration possible pour démarrer.

👤 Mme Ana Radulescu

📞 07 78 32 43 18

✉ radulescu@elsan.care

🌐 www.radiologie-agen.com/accueil/

N°11075

40 – MONT-DE-MARSAN

Cherche remplacement du 13 au 31 juillet, logé et repas, forfait déplacement. Possibilité d'association, sans apport, TDM et IRM sur place, téléradio, 10 semaines de congés.

👤 Dr Luc CHEMIN

📞 06 89 76 86 16

✉ luchemin@wanadoo.fr

N°11074

68 – COLMAR

Centre, proche gare, vend 350m2 de locaux de cabinet de radiologie. 1 salle télécommandée, 1 salle d'os, 3 salles d'échos, 1 salle de mammo, 1 salle d'ostéo et de cone-beam. Accès PMR aux normes, vestiaire, comptoir, bureau, cuisine stock, call center. Libre fin 2026.

👤 Dr Valérie WILDY

📞 06 62 80 51 59

✉ valeriwildy19@gmail.com

🌐 www.imvradiologie.fr

Vous pouvez consulter les annonces sur le site Internet de la FNMR :

www.fnmr.org

Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent

N°11073

94 – FRESNES

Cède cabinet en parfait état, bien équipé, en centre-ville, emplacement idéal, belle activité et fort potentiel de croissance. Opportunité à saisir.

👤 Dr Sidney SADOUD

📞 06 61 29 16 94

✉ cimfresnes@wanadoo.fr

N°11072

91 – VIRY-CHÂTILLON

15 minutes de la Porte d'Orléans, recherche un(e) remplaçant(e) pour vac fixes et dates ponctuelles. Cabinet dynamique en expansion, avec perspective d'installation. Plateau technique complet : IRM, scanner Philips, radio conv, écho, séno et interv. Toutes les candidatures seront étudiées.

👤 Dr Albert COHEN

✉ a.herve.cohen@wanadoo.fr

👤 Dr Sarah TOLEDANO

✉ stoledano.cosaya@gmail.com

N°11071

94 – VILLEJUIF

CIM recherche remplaçants à partir de fin avril 2026. Cabinet moderne, à 200 m du métro, parking gratuit, 2 échographes : Samsung V7 avec 2 sondes dédiées à la mammo et à l'ostéoarticulaire et Canon Aplio avec 5 sondes, 1 mammographe Hologic avec console dédiée et IA, 1 table télécommandée et 1 cone-beam.

👤 Dr Aziza ABSI YAICI

📞 06 70 74 13 95

✉ aziza.absi@gmail.com

N°11070

33 – MÉRIGNAC

Centre aquitain d'imagerie, 16 associés, recherche sénologue pour association. Activité de sénologie complète : dépistage, diagnostic, imagerie interventionnelle. Plateau technique moderne et performant. Intéressé(e) ou simplement curieux(se) ?

👤 Dr Florent GARIEL

✉ f.gariel@lecai.fr –

🌐 lecai.fr

N°11069

14 – BEAULIEU, CAEN

Recherche manipulateur(trice) en radiologie, temps partiel ou complet, CDI, pour intégrer une équipe dynamique. Radiologie, sénologie, scanner, IRM. Salaire à définir. Diplôme de manipulateur en électroradiologie obligatoire ou DTS.

👤 Dr Stéphanie GRINGOIRE

📞 02 31 08 38 50

✉ secret.radiogringore@orange.fr

N°11068

91 – 92 – ORSAY, PALAISEAU, BOURG-LA-REINE

sites à proximité du RER B. Groupe de 8 radiologues non financiarisé, recherche remplaçants en vue d'une association en 2026. Possibilité d'intégrer le groupe en étant associé à 1 part avant éventuelle holding. Activité variée, conventionnelle, imagerie lourde à Orsay et Palaiseau.

👤 Aude AMATO – 📞 07 86 86 91 70

✉ centreradiologie.blr@wanadoo.fr

N°11048

40 – DAX

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

Remplacements / Associations

N°11045

44 – NANTES

Groupe IRIMED indépendant de 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.trichereau@irimed.fr

N°11044

75 – PARIS 19^e

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

👤 Dr Julien LAMBRON

☎ 01 44 52 01 00

✉ drjulienlambron@gmail.com

N°11043

31 – TOULOUSE

Groupe de 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 musculosquelettique. 5 scanners, dont 1 coroscan Siemens force, 5 IRM. Possibilité d'installation en secteur 1 ou 2.

👤 Dr Charlotte MARTIN-PELTIER

☎ 06 20 51 77 88

✉ cpeltier-martin@rx-infomed.com

👤 Dr Louis-David RIVIÈRE

✉ ldrieviere@rx-infomed.com

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

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

Démarche qualité Un standard européen à votre portée avec Labelix

Dans toute l'Europe, la qualité en radiologie est une exigence structurée et formalisée. En Allemagne, les cabinets s'appuient sur des audits cliniques, des revues de pertinence et des cellules qualité internes pour garantir la sécurité et la performance. Au Royaume-Uni, les services d'imagerie participent à des évaluations externes (EQA) via UK NEQAS. Dans les pays nordiques, les audits cliniques entre pairs sont intégrés aux pratiques depuis la directive Euratom, favorisant la transparence et l'amélioration continue.

En France, Labelix propose un cadre rigoureux et adapté aux spécificités de l'imagerie médicale. Ce référentiel qualité, reconnu par les instances professionnelles, permet aux cabinets de :

- Structurer leurs processus internes ;
- Sécuriser les parcours patients ;
- Formaliser les bonnes pratiques souvent déjà en place ;
- Impliquer les équipes dans une dynamique collective ;
- Valoriser leur engagement auprès des tutelles et des prescripteurs.

LABELIX

Labelix ne se limite pas à une simple labellisation : il s'agit d'une démarche d'amélioration continue, conçue pour s'adapter à la réalité du terrain. Elle repose sur des audits internes, des indicateurs de suivi objectivables et une logique de progrès mesurable, au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans un contexte où la qualité devient un critère central de reconnaissance, de différenciation et de pérennité, Labelix s'impose comme un levier stratégique de pilotage pour inscrire durablement votre cabinet dans une dynamique européenne.

Ne subissez pas la qualité : choisissez-la !

Virginie Motte,
dirigeante et consultante chez Céos'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

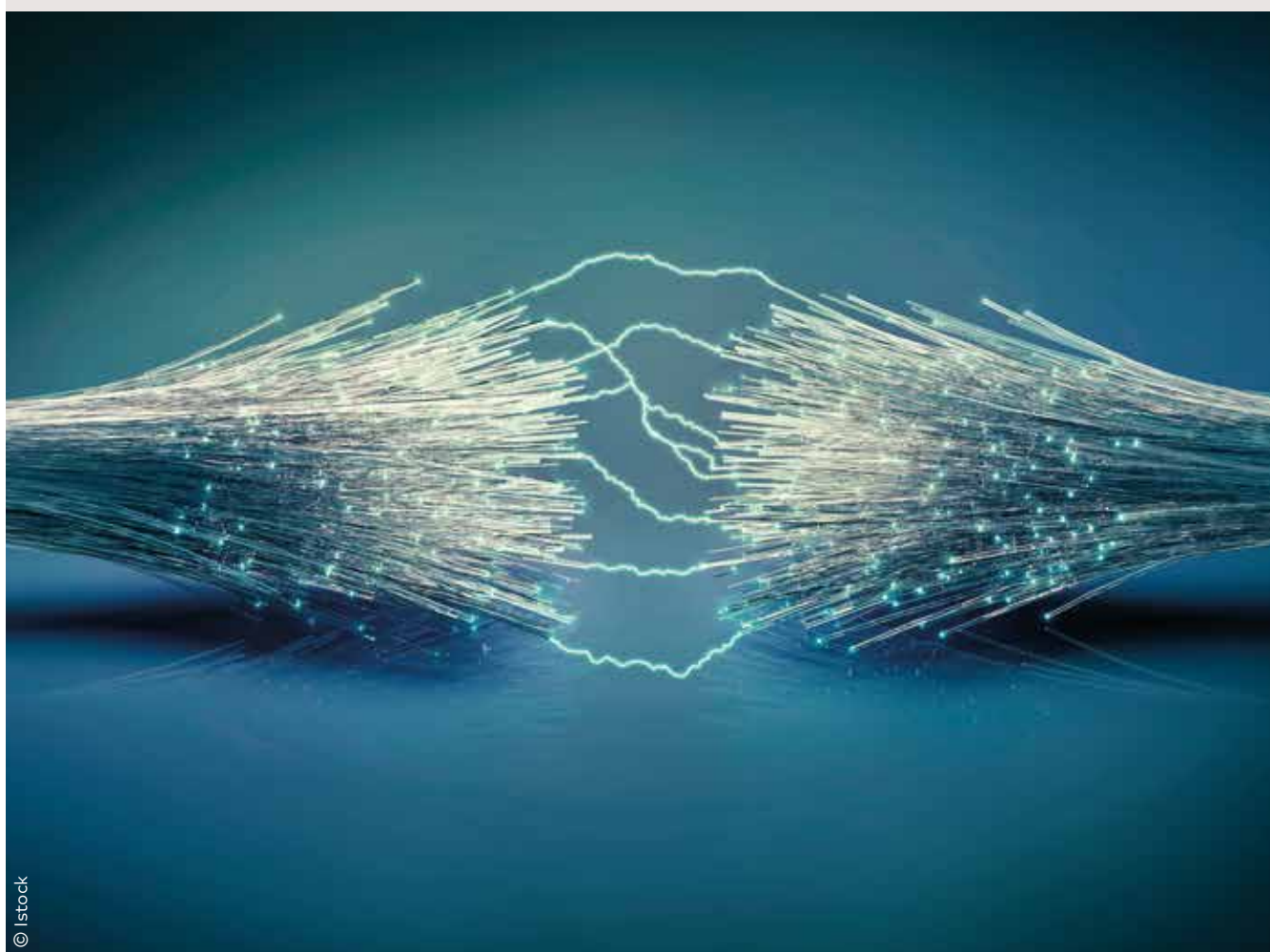
Contactez-nous

LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

Tél. 01 82 83 10 21 • Fax : 01 45 51 83 15 • info@labelix.org



168, rue de Grenelle
75007 Paris
☎ 01 53 59 34 00



fnmr.org