



fnmr.org

Le Médecin Radiologue libéral

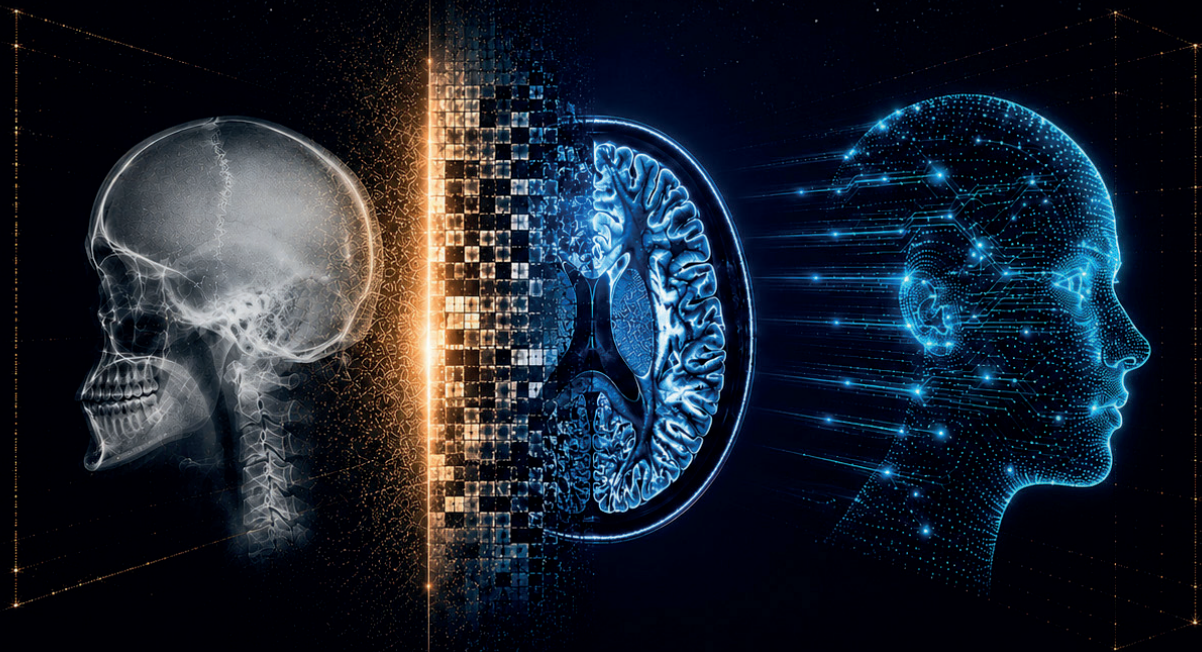
NUMÉRO 500 JUIN 2026

Le journal de la



RADIOLOGIE LIBÉRALE

La mémoire en images, la projection en tête



DR

FNMR

De la médecine
au combat politique

HORIZON 2050

Réinventer...
sans renoncer

4



LA RADIOLOGIE LIBÉRALE AU FIL DU TEMPS

Cinq cents numéros racontent bien plus qu'une histoire éditoriale : ils esquissent les trajectoires d'une profession en mouvement permanent. De ses débuts techniques à sa place centrale dans le parcours de soins, la radiologie libérale s'est construite au croisement de l'innovation, du collectif et de l'engagement médical. Ce numéro anniversaire inscrit délibérément le regard dans la durée. Il revient sur les grandes transformations qui ont façonné la discipline, donne la parole à celles et ceux qui l'ont incarnée, et ouvre résolument la réflexion sur la radiologie de demain. Un regard à la fois rétrospectif et prospectif pour comprendre d'où nous venons... et éclairer les choix à venir.

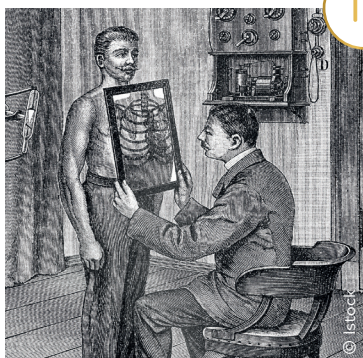
UNE REVUE, UNE PROFESSION, UN TEMPS LONG

Depuis cinquante ans, *Le Médecin Radiologue Libéral* accompagne les dynamiques d'une profession en première ligne du progrès médical. Numéro après numéro, la revue a observé, raconté et parfois anticipé les profondes reconfigurations de la radiologie libérale : innovations technologiques, évolutions des modes d'exercice, élargissement des responsabilités dans le parcours de soins. Un processus auquel la FNMR a largement contribué.

6



12



DES HISTOIRES, DES ÉTAPES, DES RUPTURES

Comprendre la radiologie contemporaine suppose de revenir sur ce qui l'a construite. Des premières images aux technologies les plus sophistiquées, du geste technique à l'acte médical, la radiologie libérale s'est transformée par étapes, parfois par ruptures. Témoignages et récits retracent un demi-siècle d'évolutions scientifiques, organisationnelles et professionnelles, éclairant les fondations d'un métier devenu central dans le système de santé.

17

DES MUTATIONS, DES CHOIX, DES HORIZONS

La radiologie de demain se dessine aujourd'hui. Intelligence artificielle, nouvelles pratiques, attentes des professionnels et des patients : les recompositions en cours interrogent le rôle, l'organisation et la responsabilité du radiologue. À partir des enseignements du passé et d'un présent analysé, ce chapitre explore les scénarios d'avenir et les choix structurants qui conditionneront la radiologie libérale dans dix, vingt ou trente ans.



500 !



**« UNE CONSTANTE
DEMEURE : LA
VOLONTÉ DE GARANTIR
AUX PATIENTS LA
MEILLEURE PRISE EN
CHARGE POSSIBLE »**

**Dr Jean-Philippe
MASSON**
Président de la FNMR

La FNMR a célébré son centenaire en 2007. Ce numéro spécial établit un nouveau repère dans la vie de notre Fédération.

Depuis près de cinquante ans, les présidents successifs et leurs équipes assurent, avec constance, la rédaction et la publication mensuelle de cette revue. Ce travail au long cours a permis d'informer les radiologues libéraux tout en les accompagnant vers une amélioration continue de leurs pratiques et une innovation permanente des techniques.

Au fil des décennies, la revue a également relaté et accompagné les conflits réguliers avec les tutelles. Le paysage politique a changé, les instances ont des noms différents, mais il est frappant de constater que, dès le début, les préoccupations de nos aînés se rapprochaient des attaques dont nous sommes, actuellement, toujours la cible.

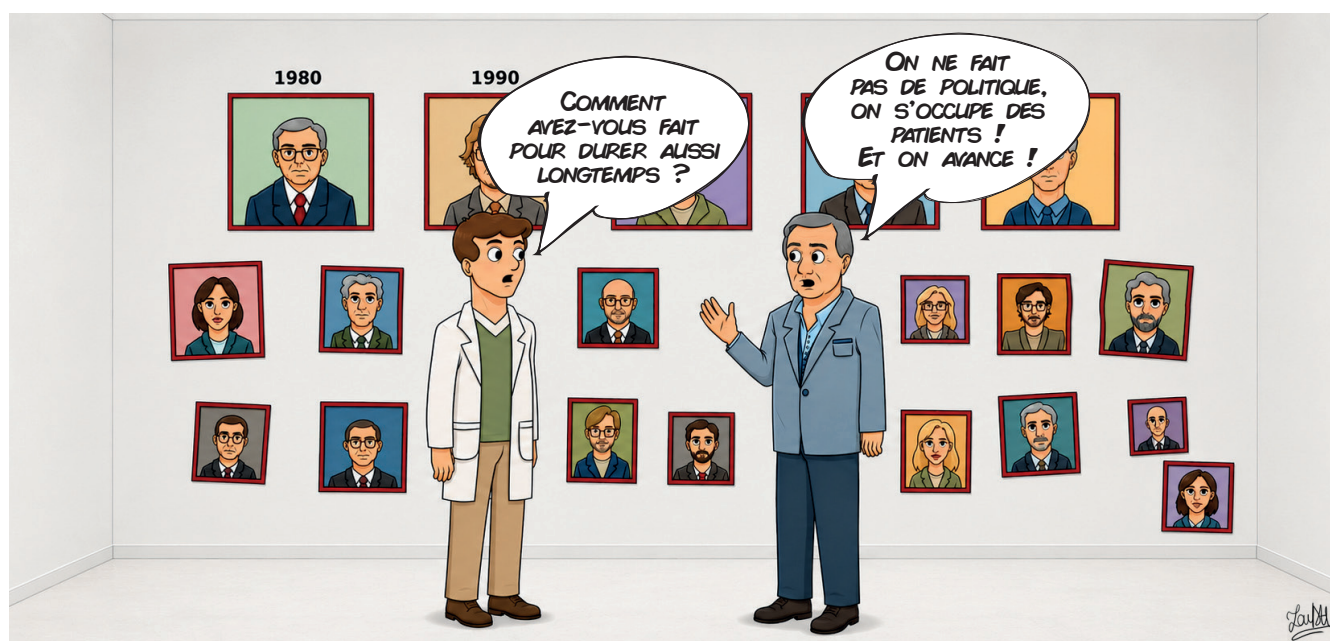
L'histoire de notre publication, marquée par plusieurs évolutions de nom et de maquette, reflète celle de la radiologie libérale : des films argentiques à l'essor de l'intelligence artificielle. Mais une constante demeure : la volonté de garantir aux patients la meilleure prise en charge possible. Elle s'est traduite par des avancées

majeures, de la numérisation réduisant les doses de rayons X à l'imagerie en coupe, jusqu'au dépistage organisé du cancer du sein initié par la radiologie libérale sous l'impulsion d'Alain Taieb. Plus récemment, la FNMR a soutenu le dépistage du cancer du poumon et le déploiement de la DRIM-box, permettant enfin un partage fluide des images entre les centres d'imagerie et les médecins correspondants.

Ces évolutions n'ont été possibles – et ne le seront demain – que si nous préservons, sans compromis, la capacité d'investissement des radiologues libéraux. Une condition indispensable au maintien de l'excellence de notre spécialité.

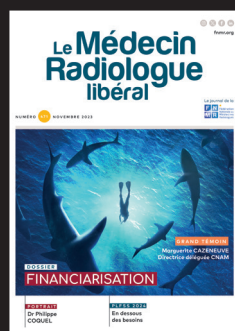
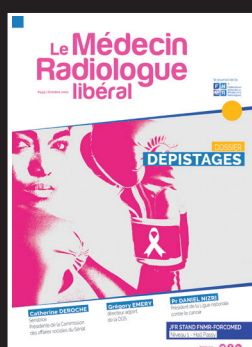
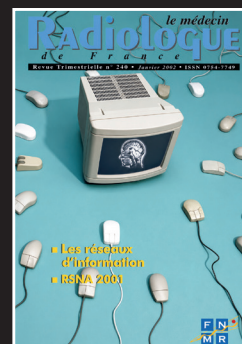
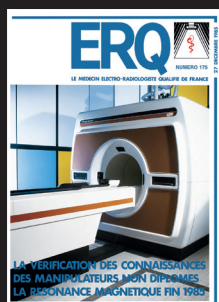
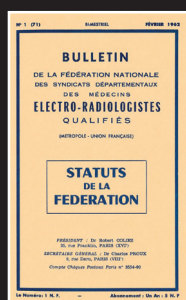
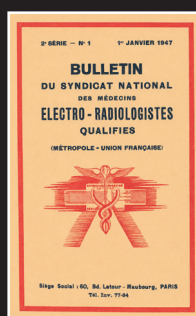
Ce numéro 500 marque également le dernier éditorial de mes mandats à la présidence de la Fédération. J'en profite pour vous remercier tous, membres du bureau, conseil d'administration et adhérents, de m'avoir soutenu et accompagné pendant ces douze années. Cette tâche importante n'aurait pas, non plus, pu être réalisée sans l'aide et l'accompagnement de toute l'équipe de la FNMR et notamment de notre directrice générale, Soline Baudouin. Je leur exprime mes plus sincères et affectueux remerciements.

Les ministres passent... La radiologie libérale demeure



Le Médecin Radiologue Libéral Une histoire en images

Des premiers bulletins syndicaux aux "Unes" contemporaines, chaque couverture témoigne des grandes étapes de la radiologie libérale. Cette galerie commentée propose une lecture visuelle de son histoire : évolutions éditoriales, mutations technologiques, combats professionnels et émergence de nouveaux enjeux. Une plongée iconographique pour comprendre comment la profession se raconte et se transforme, numéro après numéro.





Numéro 259 • Mai 2004

Dépistage organisé : le rendez-vous manqué ?

Il y a vingt-deux ans, les radiologues libéraux étaient aux avant-postes du programme national de dépistage organisé du cancer du sein, soutenu par la FNMR dans sa structuration nationale. Depuis, l'engagement n'a jamais faibli, mais le défi persiste. Deux décennies

plus tard, le taux de participation reste inférieur aux objectifs fixés, malgré les campagnes successives. Dans un contexte de tensions sur l'offre de soins, les représentants du secteur appellent à repenser les leviers d'adhésion : simplification des parcours, innovations organisationnelles et incitations financières ciblées. Sans relance ambitieuse du dépistage, l'impact populationnel risque de rester en deçà de son potentiel.



Numéro 413 • Mai 2018

Pertinence : un accord fondateur

2018 signe un tournant pour la radiologie libérale. Le protocole signé entre la FNMR et la CNAM introduit la notion de pertinence. Pour la première fois, la discipline s'inscrit dans une démarche permettant de mieux ajuster les actes,

tout en conciliant la qualité des soins et la responsabilité économique. Ce texte devient une référence, fondée sur le dialogue et la responsabilité partagée. Huit ans après, dans un climat conventionnel tendu, cet équilibre apparaît fragilisé. De nombreux acteurs plaident pour un retour à cet esprit fondateur. Plus qu'un repère historique, ce protocole s'impose comme un cap pour refonder une régulation concertée.



Numéro 419 • Décembre 2018

IA en radiologie : anticiper pour maîtriser

La même année, la FNMR engage la profession dans une dynamique stratégique en participant à la création de DRIM France IA. Face à l'essor rapide de l'intelligence artificielle, les radiologues libéraux choisissent d'anticiper et d'en organiser concrètement les usages. L'objectif : garantir une intégration maîtrisée, sécurisée

et orientée vers la pertinence clinique. En investissant ce champ, la radiologie libérale affirme son rôle dans l'innovation et la gouvernance des données de santé. Ce positionnement pionnier continue de structurer les débats actuels. Maîtriser l'IA aujourd'hui, c'est préserver demain l'indépendance médicale et la qualité des pratiques.



Numéro 440 • Janvier 2021

Article 99 : une victoire... sous surveillance

L'article 99 de la LFSS 2017 constitue un point de rupture entre les radiologues libéraux et les pouvoirs publics. Contesté pour son atteinte au cadre conventionnel, il suscite une mobilisation durable de la profession.

Après plusieurs années de négociations, la FNMR obtient son abrogation dans le PLFSS 2023, via un amendement gouvernemental. Cette victoire reste toutefois partielle. La tentation d'une régulation unilatérale des tarifs réapparaît dans les textes suivants, ravivant les inquiétudes professionnelles. Derrière ce retrait apparent, le rapport de force demeure inchangé, rappelant la fragilité des équilibres conventionnels.



Numéro 493 • Novembre 2025

Crise tarifaire : la rupture consommée

À l'automne 2025, la rupture est consommée. La non-signature du protocole imagerie s'accompagne de baisses tarifaires unilatérales décidées par la CNAM, évaluées à plus de 300 millions d'euros. La réaction est immédiate : grève nationale, fermeture de cabinets et mobilisation massive des radiologues, relayée par l'ensemble des médecins libéraux. Ce mouvement contraint les pouvoirs publics à retirer certaines mesures et à rouvrir les négociations dans le cadre de l'avenant 1 à la convention médicale. Cette inflexion marque un premier recul, dans un contexte encore incertain. Si la mobilisation a porté ses fruits, la dynamique conventionnelle doit désormais être reconstruite sur des bases plus lisibles et partagées.

FNMR

De la médecine au combat politique



Depuis sa création, la Fédération nationale des médecins radiologues défend et organise un modèle qui articule progrès technologique, qualité des pratiques et engagement en santé publique. Entre pression tarifaire, exigences de pertinence et transformation numérique, le combat se déplace désormais sur le terrain politique.

Longtemps perçue comme une discipline technologique, la radiologie libérale s'est imposée comme un pilier clinique et organisationnel du système de santé. Depuis un demi-siècle, elle s'est construite à la croisée de l'innovation, de l'engagement professionnel et des enjeux de santé publique, en intégrant chaque rupture technologique, souvent au prix d'investissements significatifs pour les cabinets. Portée par la Fédération nationale des médecins radiologues, cette dynamique a façonné une organisation libérale singulière, alliant performance diagnostique, responsabilité collective et ancrage territorial. À l'heure où l'intelligence artificielle, les impératifs de pertinence et les difficultés économiques redessinent le paysage de l'imagerie, la profession doit réaffirmer sa place dans le parcours de soins. Mais elle doit aussi composer avec un environnement dégradé : pression sur les délais, gestion des flux de patients et exigences de continuité

des soins. « Dans de nombreux cabinets, cela se traduit déjà par des agendas saturés et des délais d'accès tendus, notamment en imagerie en coupe », pointe Jean-Philippe Masson, président de la FNMR.

→ INNOVER

Depuis les années 1970, la radiologie libérale a connu plusieurs ruptures technologiques majeures. Des premiers scanners à la généralisation de l'IRM, en passant par la numérisation des images dans les années 1990, la FNMR a appuyé de nombreuses transformations, en défendant un accès équilibré aux équipements sur l'ensemble du territoire. Plus récemment, la Fédération s'est illustrée par son engagement en faveur du numérique et de l'intelligence artificielle, notamment avec DRIM France IA et dans le cadre du Ségur numérique, via la DRIMbox, qui suppose une adaptation concrète des systèmes d'information et des pratiques au quotidien. « La radiologie libérale a toujours su intégrer les innovations pour renforcer la qualité de la prise en charge des patients. Nous avons soutenu la diffusion des technologies dès leur émergence et, aujourd'hui, nous abordons l'intelligence artificielle comme un outil d'appui au radiologue, qui vient enrichir son expertise sans jamais s'y substituer », explique Jean-Philippe Masson. Loin de subir les évolutions, la Fédération a construit son modèle sur cette appropriation technologique, y compris dans le domaine de la radiologie interventionnelle, qui a permis de repositionner le radiologue comme acteur du soin, au-delà du diagnostic, avec des implications organisationnelles fortes en matière de plateaux techniques et de coordination avec les équipes cliniques.

→ STRUCTURER

Force de proposition, la FNMR a toujours accompagné la profession, en déployant des outils spécifiques. Dès le début des années 2000, la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein coïncide avec la création de Forcomed, afin de garantir une formation homogène et indépendante des radiologues, mais aussi de leurs équipes, y compris dans des contextes de forte activité. Dans cette même logique, Labelix a été conçu comme un dispositif de labellisation fondé sur des standards de qualité définis par la profession elle-même. Accessible et opérationnel, il répond à un double impératif : élever le niveau d'exigence sans alourdir les pratiques quotidiennes, dans des environnements déjà fortement contraints en termes d'efficacité et de ressources humaines. L'intégration de représentants des patients au sein de ses commissions souligne également une volonté d'ouverture et de transparence. « Notre conviction est claire : la qualité des pratiques doit être

portée par les professionnels eux-mêmes. Forcomed et Labelix incarnent cette ambition, en proposant des outils concrets, adaptés au terrain et centrés sur le patient. La radiologie est une activité collective, qui implique tous les membres de l'équipe», confirme Jean-Philippe Masson. Cette dynamique consolide un engagement élargi en santé publique.

→ PRÉVENIR

La FNMR est devenue un acteur emblématique des politiques de dépistage et de prévention, en lien étroit avec les pouvoirs publics. Le dépistage organisé du cancer du sein, dont elle est à l'origine et auquel elle a largement contribué, illustre cette capacité de réponse collective. Chaque année, elle soutient et valorise également l'opération Octobre Rose. Avec le même esprit, la Fédération s'investit aujourd'hui dans le programme IMPULSION, dédié au dépistage du cancer du poumon. Encore en phase d'expérimentation, ce projet témoigne d'une volonté d'anticipation face à des enjeux sanitaires majeurs, mais demeure freiné par des arbitrages politico-économiques retardant sa mise en œuvre effective. « Le succès du dépistage du cancer du sein repose sur une organisation rigoureuse et sur l'engagement des professionnels, rappelle Jean-Philippe Masson. Pour le cancer du poumon, nous disposons des compétences et des outils nécessaires, mais la généralisation du dispositif se fait toujours attendre pour des raisons qui nous échappent encore. Les pouvoirs publics doivent prendre leurs responsabilités pour réduire, rapidement, des pertes de chance évitables. » La question n'est plus médicale ni technologique : elle est désormais politique.

→ RÉSISTER

Au fil des décennies, la FNMR s'est affirmée comme un interlocuteur incontournable dans les négociations avec l'Assurance Maladie. Sa contribution à la mise en place de la CCAM¹ en 2005, puis la signature du protocole imagerie en 2018, introduisant la notion de pertinence, ont été des étapes clés dans la régulation du secteur. La séquence politique récente, marquée par des baisses tarifaires unilatéralement imposées par la Caisse, a suscité de vives réactions dans la profession, qui s'est très largement mobilisée pour défendre sa place dans le paysage sanitaire français. « La radiologie est au cœur du diagnostic et du parcours patient. Lorsque son équilibre est fragilisé, c'est la santé des Français qui est menacée. Les mobilisations récentes reflètent une prise de conscience collective : nous devons défendre un modèle qui pérennise la qualité, l'accessibilité et la pertinence des soins », souligne Jean-Philippe Masson. Derrière les oppositions de principe, la FNMR revendique un dialogue exigeant, mais ouvert, avec les pouvoirs publics. Le lancement du congrès Imagine, en juin 2025, s'inscrit d'ailleurs dans cette volonté : créer un espace de débat réunissant tous les acteurs du système de santé, afin de porter une vision partagée de l'avenir de la radiologie libérale. ●

Jonathan ICART

¹ Classification Commune des Actes Médicaux

CINQ ÉTAPES CLÉS

● 1976-1989 : LA RUPTURE TECHNOLOGIQUE

Scanner puis IRM font basculer la radiologie dans une nouvelle ère : l'imagerie en coupe remplace progressivement la radiologie conventionnelle. Pour les cabinets libéraux, le défi est aussi économique, avec des investissements lourds à absorber. La FNMR s'impose comme un interlocuteur clé pour défendre équipements et modèles de financement. La radiologie libérale relève un défi majeur : exister technologiquement et économiquement face aux hôpitaux.

● 1990-2005 : L'IMAGERIE S'ORGANISE

Numérisation, IRM de routine, radiologie interventionnelle : l'imagerie devient centrale dans la décision médicale. La profession se structure, sous l'impulsion de la FNMR, autour de la formation et de la qualité, notamment via Forcomed et Labelix. Les pratiques s'harmonisent, la régulation devient collective. La radiologie libérale dépasse la seule défense de ses intérêts : elle produit ses propres règles.

● 2005-2018 : LE CHOC DU NUMÉRIQUE

PACS, téléradiologie, dématérialisation : les flux deviennent numériques et transforment en profondeur l'organisation des cabinets. Dans le même temps,

la pression financière s'accroît. S'opère alors un tournant stratégique : défendre la pertinence des actes plutôt que les volumes. Le protocole imagerie de 2018 consacre ce changement. Le débat bascule du "combien" au "juste examen".

● 2019-2024 : la radiologie change de rôle

IA, DRIM, Ségur numérique : l'imagerie s'inscrit dans un réseau national de données. La FNMR accompagne cette mutation et valorise la radiologie interventionnelle. Le radiologue s'inscrit pleinement dans le soin et la santé publique, au-delà du seul diagnostic. Il n'est plus un lecteur d'images, mais un acteur clinique, connecté et intégré aux parcours.

● 2025-2026 : LE BRAS DE FER POLITIQUE

PLFSS, baisses tarifaires, tensions conventionnelles : la radiologie libérale entre dans une phase de confrontation avec les pouvoirs publics. La FNMR porte une mobilisation d'ampleur et revendique un rôle de co-régulateur du système d'imagerie. Le dialogue reste ouvert, mais le rapport de force s'intensifie. Défendre la radiologie, c'est désormais défendre l'accès aux soins et l'équilibre du système de santé.

Cinquante ans d'audace collective



Michel COURS-MACH,
vice-président d'honneur de la
FNMR et président d'honneur
des Médecins radiologues de
Normandie

Fort de son expérience, Michel Cours-Mach retrace la transformation de la radiologie libérale, impulsée par la FNMR. De l'indépendance initiale aux structures actuelles, il décrit une spécialité innovante, qui traverse aujourd'hui des tensions démographiques et éthiques importantes.

Depuis cinquante ans, la FNMR est une structure médicale visionnaire, véritable creuset de réflexion tourné vers une imagerie innovante, plaçant la radiologie libérale en première ligne du progrès médical au service des patients. Dès 1980, la discipline est déjà essentielle au diagnostic. Elle s'inscrit dans une dynamique d'évolution rapide, portée par des praticiens engagés et une organisation structurante. Mon regard s'appuie sur un parcours scientifique et médical complet : faculté des sciences (SPCN), faculté de médecine de Paris, concours des hôpitaux de Paris, puis spécialisation en radiodiagnostic. Mon choix du secteur libéral se concrétise en 1976 par un exercice en clinique et une activité d'attaché au CHU de Caen, alors particulièrement moderne. À cette époque, le paysage régional est marqué par des cabinets de taille modeste (un ou deux praticiens) et des cliniques dotées d'annexes radiologiques, dans un exercice encore très indépendant où les échanges entre radiologues restent limités.

→ UN TOURNANT TECHNOLOGIQUE MAJEUR

La période 1980-2026 est celle de progrès fulgurants. Sous l'impulsion de présidents remarquables, notamment le Dr Alain Taïeb, la FNMR accompagne l'essor d'une radiologie structurée et innovante. Soutenue par un conseil d'administration renouvelé, elle favorise l'intégration des avancées des sciences physiques dans l'exploration du corps humain. Cette

dynamique est poursuivie par ses successeurs, puis consolidée depuis douze ans par le Dr Jean-Philippe Masson. En quelques années, le plateau technique s'enrichit : échographie, scanner, IRM. Ces avancées transforment profondément les pratiques : équipements lourds, locaux adaptés, équipes de manipulateurs spécialisés et montée en compétence des médecins. Parallèlement, la radiologie interventionnelle élargit le rôle du radiologue au-delà du diagnostic. L'accès aux équipements impose de nouvelles contraintes. Pour obtenir les autorisations, les radiologues doivent se regrouper et structurer leur activité. Ils deviennent progressivement chefs d'entreprise. Cette mutation favorise l'émergence de structures plus importantes et la création de cliniques modernes, capables d'offrir des services comparables à l'hôpital public. La dynamique collective s'impose comme une nécessité, portée par la FNMR : innover ensemble, partager les expériences et structurer des organisations d'excellence.

→ UNE OUVERTURE INTERNATIONALE ET SCIENTIFIQUE

Dans cette logique, le congrès nord-américain de radiologie à Chicago devient un rendez-vous incontournable, offrant une vision des technologies émergentes. Il est complété par le congrès français de radiologie, qui diffuse innovations et bonnes pratiques. Cette ouverture internationale joue un rôle clé dans l'anticipation des évolutions. La FNMR a également contribué de manière déterminante au déploiement du dépistage du cancer du sein en France. Les radiologues libéraux en ont été les initiateurs, en partenariat avec leurs homologues hospitaliers. Aujourd'hui, ils réalisent encore la majorité des examens de dépistage, confirmant leur rôle central dans la prévention et le diagnostic précoce. Cet engagement collectif repose sur des valeurs durables : être médecin, c'est se mettre au service du patient. Cela implique une exigence forte : proposer les meilleures explorations possibles pour orienter la prise en charge. Cette exigence se traduit par une culture de l'excellence et par des équipes pluridisciplinaires. La relation radiologue-patient demeure essentielle : expliquer les résultats est un devoir médical et éthique. Portées par plusieurs générations, ces valeurs ont façonné une radiologie libérale dynamique, innovante et pleinement intégrée au système de santé. Elles demeurent un repère pour les transformations à venir. Toutefois, des fragilités apparaissent. La pénurie de médecins, liée notamment au *numerus clausus*, dégrade les conditions d'exercice et peut réduire le temps consacré au dialogue avec les patients. Cette évolution interroge les fondements éthiques de la profession et appelle à une vigilance collective. ●

« L'échographie, puis le scanner, ont tout accéléré »



Pr Guy FRIJA,
ancien chef du service de
radiologie de l'HEGP¹

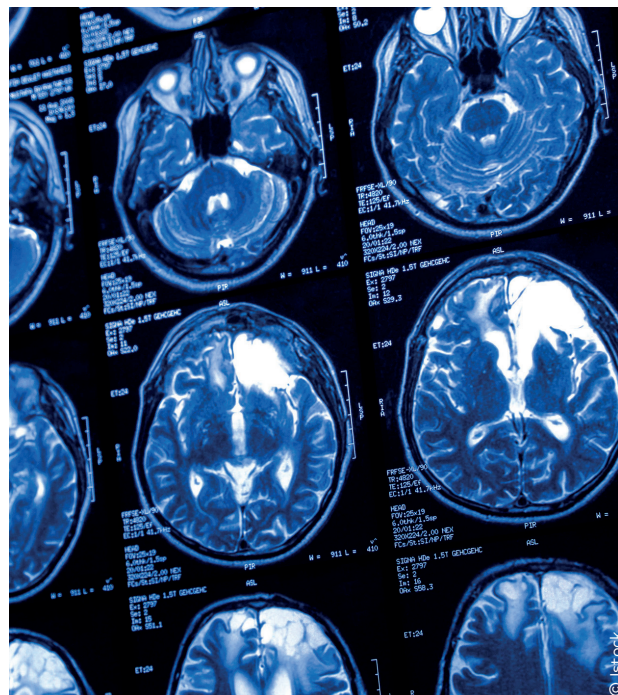
Témoin des mutations majeures de la radiologie depuis les années 1970, Guy Fria revient sur l'évolution d'une discipline devenue centrale dans la décision médicale, mais aussi sur les enjeux organisationnels, technologiques et cliniques qui redéfinissent la pratique du métier.

→ **À vos débuts, comment décririez-vous le métier de radiologue, tant sur le plan technique que dans sa reconnaissance clinique ? En quoi différait-il de l'exercice actuel ?**

J'ai connu la radiologie dans les années 1970-1975, où seule la radiologie dite "standard" existait, dominée par la radiologie du thorax qui représentait plus de 60 % des examens. L'ASP² était également très important, car il constituait un outil essentiel pour la chirurgie digestive. Je me souviens d'un staff durant lequel les chirurgiens voulaient faire une laparotomie exploratrice en raison d'une opacité sous-diaphragmatique gauche visible sur l'ASP ; doutant qu'il s'agisse d'une tumeur, j'ai proposé un "estomac-Perrier". Le patient a échappé à l'intervention. Cette anecdote montre que la reconnaissance clinique reposait avant tout sur un dialogue constant avec les autres collègues. Un principe qui, à mes yeux, reste primordial aujourd'hui.

→ **À quel moment l'image est-elle devenue un élément central, voire décisif, de la décision médicale ? Quels facteurs ont accéléré cette bascule ?**

L'image est devenue un levier décisif dès lors que les informations fournies se sont révélées objectives et quantifiables, reposant sur une excellente connaissance de l'anatomie radiologique et une



disponibilité permanente de l'équipe radiologique. L'échographie, puis le scanner, ont été les premiers moteurs de ce progrès, rapidement complétés par l'IRM. L'apparition progressive de la radiologie interventionnelle a également été un élément majeur dans cette prise de décision. Néanmoins, le facteur le plus déterminant demeure l'évolution vers les spécialités d'organe, qui a transformé une discipline technique en discipline pleinement clinique, beaucoup mieux intégrée aux autres équipes médicales.

→ **Parmi les évolutions que vous avez traversées, laquelle a le plus profondément transformé votre pratique quotidienne – et pourquoi ?**

Le fil conducteur des évolutions technologiques de ces dernières décennies réside dans la digitalisation et l'informatique médicale. Sous l'effet de la numérisation des images et de l'augmentation de leur volume, les réseaux d'images ont marqué le début d'une profonde réorganisation ; le plan PACS³ national, initié dans les années 2000, a été prépondérant. La reconnaissance vocale, puis l'ensemble des systèmes d'information centrés sur la gestion des données, ont accompagné et complexifié cette évolution ; des méthodes de management ont ainsi émergé dans une logique d'amélioration des performances et de préservation de la qualité et de la

→ sécurité des soins. Le radiologue est progressivement devenu le "pilote" d'une console, mais avec une vision qui dépasse largement le simple diagnostic.

→ **Cette transformation technologique a-t-elle modifié en profondeur la pratique du radiologue et son organisation quotidienne ?**

L'avènement de l'intelligence artificielle est en train de modifier profondément ce rapport, et son importance ne cessera de croître ; cependant, il importe de bien situer son rôle d'aide, notamment dans l'assistance au diagnostic et à la décision. Les consoles, les réseaux et, plus récemment, l'intelligence artificielle ont transformé les méthodes de travail, permettant notamment une plus forte intégration des manipulateurs. Une réflexion concertée sur l'évolution des métiers devrait être rapidement menée, à partir de cas d'usage ; la téléradiologie constitue, à cet égard, un exemple pertinent, susceptible de modifier la structuration territoriale. Dans ce contexte, la préservation d'une relation forte avec le patient est, plus que jamais, un enjeu majeur. Ainsi, grâce à ses outils performants de traitement et de diffusion des images, le rôle du radiologue est insensiblement passé du simple diagnosticien à celui d'un acteur intervenant dans les enjeux d'organisation territoriale des soins. L'adossement à des structures professionnelles nationales et régionales sera un véritable atout dans la mise en place de ces nouvelles politiques.

→ **Quel regard portez-vous sur la radiologie actuelle, et quel message souhaitez-vous transmettre aux jeunes radiologues qui entrent dans la profession ?**

Le principe de base est que la radiologie tirera sa force de son impact clinique ; c'est pourquoi la compétence clinique, et son maintien tout au long de la carrière, sont un point cardinal, avec pour corollaire le renforcement des liens avec les autres médecins et les patients. C'est cette force qu'il faut consolider, car elle garantira la liberté d'exercice professionnel, sur

« LES CONSOLES, LES RÉSEAUX ET, PLUS RÉCEMMENT, L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ONT TRANSFORMÉ LES MÉTHODES DE TRAVAIL, PERMETTANT NOTAMMENT UNE PLUS FORTE INTÉGRATION DES MANIPULATEURS »

laquelle ni les "décideurs", ni les financeurs, ni même les autres disciplines médicales ne devraient pouvoir influencer, quel que soit le mode d'exercice.

→ **Au-delà de ce socle, quels sont les enjeux majeurs pour la profession ?**

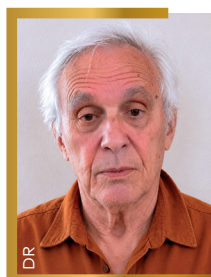
Continuer à permettre l'accès à l'imagerie pour tous deviendra un enjeu majeur de santé publique, dès lors que les inégalités régionales continueront d'engendrer des freins à cet accès ; cela constitue une opportunité de développer des organisations innovantes, rendues possibles par des technologies mobiles et facilement transportables. Enfin, il est nécessaire d'investir les réseaux sociaux pour y porter, autant que nécessaire, le point de vue des radiologues sur des sujets médicaux courants, assurer la qualité scientifique de l'information, et lutter contre les fake news et toute forme de complotisme susceptible d'altérer la santé publique. En bref, comme tout médecin, il faut faire preuve de flexibilité, de disponibilité, de vigilance et de sens du bien commun.

¹ Hôpital européen Georges-Pompidou

² Abdomen Sans Préparation

³ Picture Archiving and Communication System

« Savoir refuser, aussi, fait le métier »



Dr Jean Philippe COLIEZ,
ancien radiologue libéral
à Cagnes-sur-Mer

Des chambres noires aux workflows numériques, la radiologie libérale s'est profondément transformée. Pour Jean Philippe Coliez, ces évolutions illustrent une capacité d'adaptation constante, où progrès technique et responsabilité médicale redéfinissent en permanence le rôle du radiologue.



→ **En quoi la radiologie des débuts différait-elle fondamentalement de celle que nous connaissons actuellement, au-delà des seules avancées technologiques ?**

La transformation ne tient pas uniquement aux outils, mais aussi à l'environnement de travail. Nous sommes passés des chambres noires et des salles plongées dans la pénombre – nécessaires pour lire les images de scopie – à des espaces éclairés et ergonomiques. Dès les années 1970, l'arrivée des machines à développer a marqué une rupture : elle a mis fin à l'interprétation de clichés encore humides pour permettre une lecture immédiate sur films secs. Aujourd'hui, le numérique a entièrement supplanté ce circuit : la dématérialisation des images a remplacé le film et la chambre noire. Les équipements ont également évolué : les tables basculantes motorisées d'hier sont devenues entièrement télécommandées. Puis, les CD-ROM ont remplacé les piles de films de scanner ou d'IRM, transformant en profondeur la gestion des examens.

→ **Quels savoir-faire, désormais disparus ou marginalisés, étaient alors centraux dans la pratique ?**

Certains savoir-faire ont disparu avec les évolutions techniques. À cette époque, l'interprétation pouvait être différée au lendemain, le temps que les films sèchent durant la nuit. Cette temporalité structurait autrement le travail. La pratique impliquait aussi une vigilance accrue face aux indications. Certaines prescriptions ne prenaient pas toujours en compte les risques liés aux techniques utilisées. Les lavements barytés à double contraste, par exemple, donnaient de très belles images, mais comportaient des risques

réels si l'insufflation était réalisée chez tout patient fragile de paroi colique (des diverticules coliques sous insufflation pouvaient parfois se rompre dans la cavité péritonéale). Le radiologue devait alors assumer pleinement son rôle d'arbitre du rapport bénéfice/risque, quitte à refuser un examen, y compris face à une attente forte du prescripteur ou du patient. Sur le plan administratif, chaque radiologue apposait son cachet sur les feuilles de soins, qui pouvaient être remboursées sans ordonnance préalable. Ce fonctionnement a été remplacé par la télétransmission. Dans le même temps, les parcours se sécurisent et se standardisent, renforçant la traçabilité des actes et la responsabilité médicale.

→ **Que nous apprend cette histoire sur la capacité d'adaptation de la radiologie ?**

Elle souligne une nécessité permanente d'adaptation, qui dépasse le champ strictement médical. Le radiologue libéral doit maîtriser les fondamentaux de la gestion d'entreprise : relations avec le personnel, dialogue avec le banquier, l'expert-comptable ou l'assureur, mais aussi arbitrages quotidiens. Cette dimension entrepreneuriale suppose une formation réelle, indispensable pour piloter son activité. À défaut, le praticien s'expose à une vulnérabilité importante dans un environnement économique et réglementaire de plus en plus complexe.

→ **Pourquoi est-il essentiel de transmettre cette mémoire professionnelle aux nouvelles générations ?**

Parce que la radiologie libérale repose sur une identité double. Le radiologue est à la fois un chef d'entreprise – à l'époque, on parlait même d'"usine à noircir du film", signe d'une activité perçue comme industrielle – et un médecin généraliste de l'image, en interaction avec l'ensemble des spécialités. Cette mémoire rappelle, enfin, le rôle central des manipulateurs d'électroradiologie. Leur formation, désormais structurée selon le parcours LMD, en fait de véritables acteurs clés de l'imagerie. Ils participent au pilotage opérationnel des examens, dans un cadre où ils exercent sous la responsabilité médicale du radiologue. Transmettre cette histoire, c'est rappeler que l'innovation ne dispense jamais du jugement : le radiologue reste celui qui décide, y compris de ne pas faire.

« NOUS SOMMES PASSÉS DES
CHAMBRES NOIRES ET DES SALLES
PLONGÉES DANS LA PÉNOMBRE
– NÉCESSAIRES POUR LIRE LES IMAGES
DE SCOPIE – À DES ESPACES ÉCLAIRÉS
ET ERGONOMIQUES »

Radiologie libérale

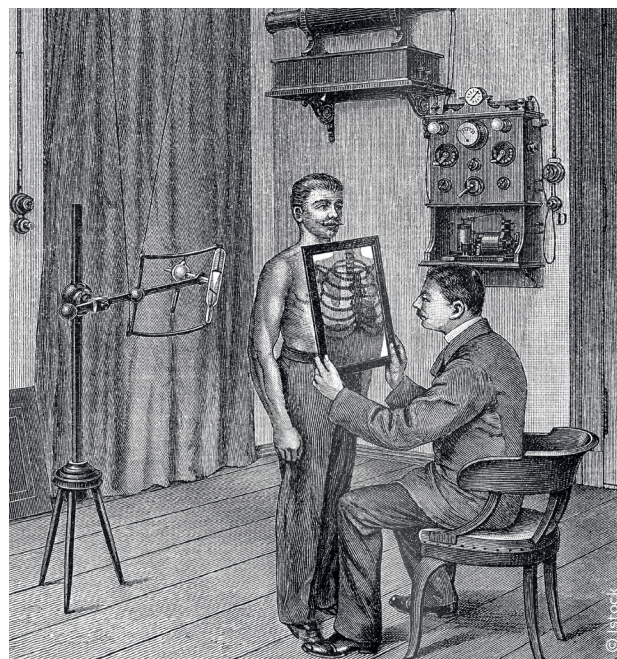
La nouvelle colonne vertébrale du soin

En cinquante ans, la radiologie libérale a profondément refondu ses organisations, ses pratiques et sa place dans le parcours de soins. Entre innovations technologiques, recomposition économique et durcissement du cadre réglementaire, la spécialité s'est affirmée comme un pilier de la décision médicale.

La radiologie libérale a changé de nature. D'un exercice encore artisanal il y a cinquante ans, elle est devenue une discipline orchestrée, capitalistique et stratégique au sein des parcours de soins. Cette recomposition tient à trois forces motrices : la régulation publique, les innovations technologiques et la transformation économique des cabinets. Le premier grand tournant survient à la fin des années 1970 : la généralisation du scanner en ville fait basculer le diagnostic dans l'imagerie en coupe et impose des investissements lourds. Très vite, l'exercice isolé atteint ses limites. Pour financer les équipements, les radiologues se regroupent et inventent de nouvelles formes de travail collectif. Les décennies suivantes amplifient cet élan. La diffusion de l'IRM, la montée en puissance des plateaux techniques et l'installation de négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie structurent et professionnalisent les cabinets. Dès les années 2000, l'émergence de groupes régionaux, puis nationaux, accélère la concentration. La radiologie libérale n'est plus une juxtaposition d'adresses : elle devient un réseau coordonné, porté par des objectifs organisationnels et de santé publique. Émerge alors une radiologie gérée, où les enjeux dépassent la technique pour toucher aux dimensions économiques et aux équilibres politiques.

→ UN BASCULEMENT CLINIQUE

Au-delà des seules transformations organisationnelles, un déplacement décisif s'opère : la radiologie se retrouve au cœur du raisonnement médical. Avec le scanner puis l'IRM, la pratique change d'échelle. L'accumulation d'images exige une interprétation experte, intégrant des données anatomiques, des contrastes tissulaires et des paramètres cliniques. Le radiologue s'impose comme un médecin de la décision, et non plus simple opérateur. Dans un environnement en recomposition permanente, le compte-rendu change de statut. Longtemps descriptif, il est désormais une pièce directrice, qui oriente la prise en charge. En cancérologie ou en neurologie aiguë, l'imagerie cadre désormais les choix thérapeutiques en temps réel. Au quotidien, cela signifie des délais



d'interprétation contraints, et une exigence de réponses rapides, argumentées et immédiatement exploitables pour les cliniciens. Dans cette dynamique, le radiologue occupe désormais un maillon essentiel du parcours de soins et un acteur central de la prise en charge (participation aux réunions pluridisciplinaires, essor de l'interventionnel, liens plus étroits avec les patients...). Du diagnostic au traitement, il intervient à chaque étape. Ce glissement requalifie la perception de la spécialité, autant chez les prescripteurs que dans l'organisation du système de santé. De "prestataire d'exams", le radiologue devient co-auteur du raisonnement clinique, directement impliqué dans les décisions thérapeutiques. Dans de nombreux cabinets, il en résulte une présence accrue en RCP1 et des échanges directs, réguliers, sans intermédiaires avec les équipes prescriptrices.

→ NOUVELLE DONNE INDUSTRIELLE

Depuis les années 1990, la radiologie libérale entre dans une phase nouvelle, portée par le virage numérique, la recomposition économique et l'accélération technologique. La disparition du film et l'essor du PACS2 bouleversent les pratiques : l'image devient un flux numérique, stocké, partagé, interprété à distance. Ce passage augmente la productivité et ouvre la voie à la téléradiologie. Dans le même temps, l'ampleur des investissements et la complexité croissante des

organisations favorisent l'essor des groupes. À partir des années 2010, la financiarisation renforce la concentration, avec l'émergence de réseaux nationaux, pilotés selon des logiques industrielles. Sur le terrain, cela se traduit par la généralisation des postes de travail connectés et par une lecture des examens parfois déportée. L'IA prolonge cette dynamique. Elle automatise certaines tâches, assiste l'interprétation et redistribue les flux de travail. Comme lors des ruptures précédentes, elle ne remplace pas le radiologue : elle déplace la valeur vers l'analyse, la priorisation et la hiérarchisation des informations. Une caractéristique nouvelle s'impose : les transformations deviennent simultanées et s'accroissent. En quelques années, la radiologie libérale est passée d'un mouvement progressif à une adaptation continue, sous l'effet de changements rapides et imbriqués. Concrètement, des outils d'aide à la détection et à la priorisation des examens s'insèrent déjà dans les chaînes de lecture.

→ COMPRENDRE POUR DÉCIDER

En miroir des changements décrits, le temps long devient un outil stratégique. L'histoire de la radiologie montre une constante : chaque innovation suscite d'abord des craintes, avant de consolider la place du radiologue dans la décision médicale. Du scanner à l'IA, un principe se vérifie : plus la technologie produit de données, plus

l'interprétation devient centrale. Le temps long éclaire également le rôle déterminant des cadres politiques et économiques : autorisations d'équipements, régulation tarifaire, organisation des groupes. La radiologie libérale se construit autant par les politiques de santé que par les avancées technologiques. Dans la pratique, ces contraintes imposent des arbitrages permanents entre investissements, organisation interne et maintien de l'indépendance. De nos jours, plusieurs questions s'imposent : modèle d'exercice, place de l'IA, degré de concentration du secteur. Ces arbitrages redessinent autant l'organisation des cabinets que l'identité professionnelle du radiologue. L'enjeu n'est pas de subir, mais de choisir sa trajectoire. En mobilisant le temps long, la radiologie libérale dispose d'un levier pour distinguer l'essentiel de l'accessoire et orienter ses décisions dans un paysage en mouvement permanent. Pour les radiologues libéraux, cela suppose de penser dès maintenant leur positionnement face aux groupes, aux innovations technologiques et aux ajustements du cadre réglementaire. En clair : choisir son modèle, affirmer ses priorités et peser sur son avenir. ●

Jonathan ICART

¹ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

² Picture Archiving and Communication System

CINQ TOURNANTS QUI ONT REDESSINÉ LA RADIOLOGIE LIBÉRALE

● ANNÉES 1980-1990

Scanner et IRM : la révolution de l'imagerie en coupe

L'arrivée de l'imagerie en coupe marque un premier tournant majeur. Scanner puis IRM permettent d'explorer le corps avec une précision inédite et d'élargir les indications diagnostiques. Mais cette avancée recompose aussi l'exercice libéral (investissements lourds, autorisations, coopération entre praticiens...). La discipline entre dans une phase organisée, où la maîtrise des équipements, leur financement et leur exploitation sont des enjeux centraux.

● ANNÉES 1990-2000

De l'image au geste : l'interventionnel s'impose

Dans les années 1990, l'image devient un outil de traitement. Biopsies, infiltrations, drainages ou embolisations s'imposent comme des alternatives mini-invasives à la chirurgie, souvent en ambulatoire. Ce virage rapproche le radiologue du patient et renforce son rôle clinique. La radiologie ne se limite plus à interpréter : elle agit directement sur la prise en charge thérapeutique et modifie la place de la spécialité dans le parcours de soins.

● ANNÉES 2000

Du film aux données : la rupture numérique

Le passage du film au numérique constitue une rupture organisationnelle. Avec le PACS, les images sont stockées, partagées et consultées instantanément. La téléradiologie se développe, les volumes d'examens augmentent, les flux se complexifient. Les systèmes d'information deviennent

stratégiques : la radiologie entre dans une logique de données, où la performance technique et la robustesse informatique sont indissociables pour garantir l'efficacité et la continuité de l'offre de soins.

● ANNÉES 2000-2010

Cabinets multisites et mutualisation : la nouvelle échelle libérale

La hausse des coûts et la sophistication des équipements accélèrent les regroupements. Cabinets multisites, plateaux techniques mutualisés et spécialisation des praticiens redessinent l'organisation. La radiologie libérale se dote d'entités collectives en mesure d'assurer qualité, continuité et permanence des soins à l'échelle territoriale. Ce changement répond à des contraintes économiques et techniques, tout en renforçant la capacité d'investissement et d'innovation.

● ANNÉES 2015-2026

IA et financiarisation : le temps des responsabilités

La période récente combine accélération technologique et transformation économique. Les outils d'intelligence artificielle s'intègrent progressivement à l'analyse, tandis que des groupes structurent l'offre au niveau national. Ces dynamiques interrogent la gouvernance des données, la responsabilité médicale et l'indépendance professionnelle. L'enjeu dépasse la performance technique : il porte sur la décision, l'organisation des soins et le modèle de la radiologie libérale.

Chroniques d'une radiologie en mutation



Dr Patrick SOUTEYRAND,
radiologue libéral à la Clinique
du Parc de Castelnau-le-Lez

En moins de quarante ans, la radiologie a basculé des films argentiques aux algorithmes d'intelligence artificielle. Si la performance diagnostique n'a cessé de progresser, cette transformation interroge notre organisation, notre responsabilité et, surtout, la place du patient dans un système toujours plus industrialisé.

Interne des hôpitaux de Montpellier en 1980 et installé en libéral en 1986, j'ai eu le plaisir de connaître les grandes transformations de nos pratiques. Les films argentiques étaient le support des examens. Je n'ai pas connu le développement dans des bains, mais j'ai côtoyé ce que l'on appelait des aides manipulateurs, devenus ACIM, cantonnés dans un box éclairé par une lumière rouge et qui passaient leur journée à glisser, dans une machine, les films envoyés par les manipulateurs dans des passe-cassettes. Je me souviens encore de nombreux problèmes récurrents de ces machines (bourrages de films, bains de mauvaise qualité, fuites...). Le radiologue avait un côté commerçant, car les films étaient facturés à la Sécurité sociale via la cotation des examens, et les négociations pour l'achat de films, qui représentaient 10 à 20 % des frais de fonctionnement d'un cabinet, se renouvelaient chaque année.

→ UNE NUMÉRISATION ENCORE HÉSITANTE

La numérisation a commencé à se développer dans la décennie 1980-1990.

Tout d'abord par l'installation des scanners, mais sans changement majeur sur l'iconographie, faite sur des supports non argentiques, avec un aspect film dans un premier temps, puis papier. Les premiers scanners, dits séquentiels, ne permettaient pas de réaliser plus de trois ou quatre examens par heure, et environ une dizaine de coupes pour un crâne et une vingtaine pour un abdomen. Les consoles d'examen sont arrivées avec les scanners volumétriques que nous connaissons actuellement, capables de réaliser des centaines d'images au cours de la même acquisition. Les appareils sont devenus plus rapides, plus fiables,

plus performants. Les limites du nombre d'examens sont liées au temps d'installation du patient. Quelles sont les conséquences sur notre mode d'activité de tous les jours ? Cette évolution a profondément modifié notre mode de fonctionnement. Vis-à-vis de nos collaborateurs, nous sommes passés d'un personnel manipulateur qui avait un travail simple, très standardisé, et difficile à rattraper lorsqu'il était de qualité médiocre, à des collaborateurs plus performants techniquement et mieux formés sur le plan médical. Ils doivent aujourd'hui être capables de protocoliser seuls, et le plus souvent possible, un examen. Vis-à-vis de nos patients, il est incontestable que nous leur offrons un service de qualité, en constante amélioration. Un diagnostic de plus en plus fin et précoce, dans des conditions d'examen plus confortables, moins irradiantes. Cependant, cette amélioration se fait au détriment du contact humain. Il était autrefois possible de voir les patients, de discuter avec eux devant le négatoscope, en radiologie conventionnelle comme lors des premiers scanners. Le débit des appareils actuels ne permet plus de consacrer ne serait-ce que deux ou trois minutes à chacun. C'est là où le couple médecin-manipulateur est primordial. Ce dernier doit être capable d'attirer l'attention du médecin sur le malade qu'il est impératif de recevoir. Nous n'avons pas le droit qu'un patient apprenne, le soir d'un examen, par un simple mail, qu'il a une pathologie grave. C'est d'ailleurs le principal reproche que je fais à la téléradiologie.

→ PROMESSE TECHNOLOGIQUE, QUESTIONS OUVERTES

Cette révolution numérique est-elle achevée ? Nous avons, depuis plusieurs années, des aides au diagnostic de type CAD, pour la recherche de nodules pulmonaires, par exemple. Le développement de l'IA est une évolution majeure. Elle permet de simplifier certaines tâches et améliorera la qualité du diagnostic. La mesure de l'âge osseux, la recherche de fractures sont déjà réalisées couramment. L'IA sera-t-elle capable de diagnostiquer plus précisément une lésion débutante du pancréas ? Certainement par rapport à un radiologue non spécialisé en imagerie digestive, mais face à un spécialiste, je ne sais pas et, à mon avis, pas encore. L'IA a l'avantage de ne pas connaître les horaires ni la fatigue, mais qui validera et portera la responsabilité du diagnostic ? Quelle assurance jouera ? On rejoint ainsi les mêmes problématiques que celles liées à la conduite autonome. Un conseil pour la jeune génération : la qualité de leur formation, la spécialisation et l'orientation vers l'interventionnel sont impératives pour leur avenir. Il ne faut jamais combattre l'innovation, mais l'accompagner. Et garder à l'esprit une évidence simple : derrière chaque image, il se trouve un patient. ●

« Radiologue interventionnel : une expertise au cœur du soin »



Dr Sophie AUFORT,
radiologue libéral à la Clinique
du Parc de Castelnau-le-Lez

La radiologie interventionnelle a profondément redéfini le rôle du radiologue, désormais acteur du soin. De ses origines fondatrices aux enjeux actuels de formation, de reconnaissance et de visibilité, le Dr Sophie Aufort analyse une transformation majeure de la spécialité.

→ **À quel moment de son histoire la radiologie est-elle devenue thérapeutique ? Y a-t-il eu un déclic, un acte fondateur ou une évolution progressive ?**

L'acte fondateur des thérapeutiques guidées par l'imagerie est initié par Charles Dotter avec la première angioplastie transluminale percutanée, survenue par sérendipité. Inventeur visionnaire, il contribue à la création de nombreux outils pour réaliser des actes angiographiques, dont le cathéter à ballonnet, le cathéter à lasso, le guide en J, avec l'aide de l'entrepreneur William Cook dès 1963. Cette même année, lors d'un aortogramme, il découvre la possibilité de recanaliser une artère iliaque en y introduisant un cathéter. L'angiographie diagnostique se prolonge alors, pour la première fois, en acte thérapeutique. C'est le début incontestable de la radiologie interventionnelle. Progressivement, l'apparition d'une littérature scientifique spécifique et de revues dédiées permet de légitimer la RI. En 1976, Wallace publie l'un des premiers articles explicitement consacrés au thème "interventional radiology", avec des publications plus nombreuses à partir des années 1990 (CVIR / JVIR). La structuration des sociétés savantes radiologiques autour de la RI fut aussi une étape décisive. La Fédération de radiologie interventionnelle (FRI) a été créée en 2005 en France. Puis les "Journées Francophones de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle" marquent un signal fort de la profession en 2012, accueillant alors un "village interventionnel" avec des séances scientifiques spécifiques. Enfin, la publication du décret de radiologie diagnostique et interventionnelle de 2022 constitue une légitimation majeure de la RI par les tutelles. Ainsi, depuis Charles Dotter, un long chemin nous a conduit vers une discipline très mature !

→ **Comment la radiologie interventionnelle a-t-elle transformé l'identité du radiologue, son positionnement clinique et sa relation aux autres spécialités ?**

Il est loin le temps du premier cathétérisme de Seldinger, considéré comme une pratique marginale et parfois contestée. La RI, organisée dans un parcours de soins superposable à celui de la chirurgie (consultation, préparation du geste, intervention, suivi du patient), place indéniablement le radiologue au centre du parcours de soins, au même titre que les autres médecins. La récente réforme de l'internat de radiologie, avec une option en RI avancée sur six années, met totalement en parallèle le cursus du jeune radiologue avec celui du jeune chirurgien. La question des territoires "frontière" entre radiologues et chirurgiens reste cependant "brûlante", avec le sujet de l'appartenance des gestes à telle ou telle spécialité. Certains actes sont en effet partagés par plusieurs types de spécialistes, question sur laquelle notre Conseil national professionnel a toujours apporté une réponse équilibrée : c'est à chaque CNP de juger si sa formation permet ou non de réaliser, dans des conditions de sécurité optimales, des gestes thérapeutiques. En radiologie, la formation complète, associant diagnostic, radioprotection, connaissance des méthodes de guidage et des matériels de cathétérisme, permet de réaliser des gestes de radiologie interventionnelle, de façon autonome. La concertation et l'entente interdisciplinaires restent toutefois la meilleure stratégie pour les patients. L'essor des pratiques interventionnelles est néanmoins freiné par une multiplicité de dysfonctionnements et lenteurs de nos tutelles, en décalage avec le rythme des avancées en RI.

→ **En quoi la radiologie interventionnelle préfigure-t-elle l'avenir de la spécialité et le rôle du radiologue dans le parcours de soins ?**

La RI doit être considérée avec beaucoup d'attention par les nouvelles générations de radiologues, la radiologie diagnostique restant soumise à de nombreuses inconnues avec – entre autres – l'intégration de l'IA dans les années à venir. L'enjeu de la spécialité est aujourd'hui de renforcer la démocratisation et la visibilité de la RI vis-à-vis du grand public, qui ne connaît souvent le soin radiologique qu'à travers le prisme, plus ou moins ouvert, des spécialistes d'organes. La Fédération de radiologie interventionnelle porte une attention toute particulière à ce sujet crucial. Un annuaire des centres de RIA a été mis en ligne sur le site de la SFR-FRI.

« Se structurer sans perdre le sens du métier »



Dr Philippe ARRAMON-TUCOO,
radiologue libéral à Bayonne

Pour Philippe Arramon-Tucloo, le collectif n'est plus un choix stratégique, mais une condition d'exercice. Si les regroupements consolident les structures, ils complexifient aussi les organisations, non sans questionner la qualité des soins, le maintien du temps médical et l'identité professionnelle.

→ **Pourquoi le regroupement des radiologues est-il progressivement devenu une nécessité, plus qu'un simple choix stratégique ou économique ?**

Le regroupement des radiologues et des structures d'imagerie libérale s'est amorcé naturellement au milieu des années 1990, sous l'effet combiné de la restructuration des établissements privés, passés sous le contrôle de groupes financiers, et des premières tensions économiques rencontrées par la profession. Ces éléments ont fait mûrir la réflexion : il valait mieux être unis que concurrents sur un territoire. Cela a parfois pris beaucoup de temps chez certains radiologues attachés à leur "petite entreprise". La notion de responsabilité territoriale, confortant le regroupement, est arrivée plus tardivement, souvent sous l'impulsion des agences régionales de santé, mais surtout face à la disparition annoncée de cabinets isolés auxquels s'intéressaient les investisseurs financiers.

→ **Concrètement, qu'est-ce que le collectif change dans l'exercice quotidien du radiologue, en termes de pratiques, de responsabilités et de qualité des soins ? Quelle est votre expérience personnelle ?**

Le collectif transforme profondément l'exercice, avec des avantages et des limites. Côté avantages, on retrouve la solidarité de l'entreprise, la possibilité de couvrir davantage de pans d'activité de la spécialité, l'hyper spécialisation étant devenue nécessaire face au progrès technique, afin d'obtenir des diagnostics de plus en plus précis et l'arrivée de nouvelles activités comme l'imagerie interventionnelle. Côté limites : une moindre liberté ; des problématiques de management, nécessitant de

structurer des fonctions supports (comptabilité, ressources humaines, qualité, communication...) ; ainsi que des enjeux de cohésion entre associés, parfois confrontés à des individualités fortes et à des visions stratégiques divergentes, pas toujours liées aux générations. La qualité des soins doit rester un objectif prioritaire, intimement lié à la prise en compte du patient, auquel nous devrions pouvoir consacrer davantage de temps. Or, la charge de travail limite encore le temps médical disponible. Cela peut nous éloigner, petit à petit, du sens premier de notre engagement dans les études de médecine. Dans ce contexte, la place des outils d'aide à la décision, notamment numériques, reste une question ouverte. Un danger également à surveiller est l'éloignement des associés entre eux, pouvant faire perdre la notion de responsabilité dans l'entreprise.

→ **Comment préserver l'identité médicale, la responsabilité individuelle et le sens du métier au sein de structures de plus en plus vastes et organisées ?**

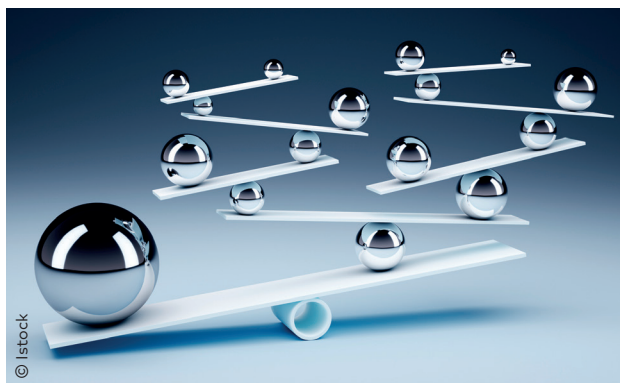
L'identité médicale est le ciment de la structure. Elle doit être clairement définie, partagée et respectée. C'est le fondement de notre métier et de notre engagement vis-à-vis des patients. C'est de la responsabilité de chacun. La cohésion du groupe est pour cela nécessaire. Elle suppose une forte transparence, de l'implication, de la communication, du compromis et des constructions partagées.

→ **Le collectif est-il avant tout un levier d'innovation, de transformation et d'attractivité, ou une condition de survie face aux contraintes actuelles du système de santé ?**

Bien évidemment les deux, car il n'y a pas d'innovation sans le collectif, qui permet et soutient sa mise en place. Le collectif est également nécessaire à la transformation stratégique de l'entreprise. D'autre part, on voit bien qu'aujourd'hui il n'y a pas de survie de l'entreprise radiologique libérale sans mutualisation des moyens humains et matériels face aux difficultés structurelles, territoriales et financières. De plus, il est essentiel d'apparaître, vis-à-vis de l'agence régionale de santé, des établissements de soins privés et publics ou des collectivités territoriales, comme un acteur essentiel du système de santé territorial dans les domaines de la prévention, du diagnostic et des soins. C'est dans cette voie que, me semble-t-il, la profession doit s'engager davantage, afin de préserver sa place dans notre système de santé.

Horizon 2050

Réinventer... sans renoncer



Prise entre pression budgétaire, montée des exigences sociétales et révolution technologique, la radiologie libérale avance sur une ligne de crête. Au-delà des transformations, un enjeu majeur s'impose : préserver la valeur médicale et le sens du métier dans un système de santé qui tend à privilégier la logique financière.

La radiologie de demain se dessine d'abord à partir des tensions d'hier et des équilibres d'aujourd'hui. Du dialogue historique avec les pouvoirs publics à la montée progressive des contraintes économiques, la profession s'est structurée autour d'un modèle fondé sur l'investissement, l'expertise médicale et la négociation collective. Mais ce cadre s'est profondément transformé, avec une régulation plus administrative et des trajectoires financières devenues centrales. Dans le même temps, la complexité de l'exercice s'est intensifiée. Technologique, organisationnelle et humaine, elle s'impose dès la formation, puis s'accroît à l'installation libérale, obligeant chaque radiologue à conjuguer exigence clinique, gestion et adaptation permanente. Pour des raisons conjoncturelles et structurelles, la radiologie libérale avance sur une « ligne de crête » délicate : maintenir un haut niveau de qualité et d'innovation tout en absorbant des chocs tarifaires durables et des investissements de long terme. Ce socle historique éclaire un problème stratégique : comment préserver l'identité médicale de la spécialité dans un environnement en mutation accélérée ? Car le risque n'est pas la transformation – inévitable – mais l'érosion progressive de la valeur médicale au profit d'une logique financière et comptable.

→ NOUVEAUX ÉQUILIBRES

Plus encore que la seule technologie, ce sont les attentes sociales et systémiques qui reconfigurent

la discipline. Les patients expriment des exigences claires : ils veulent un accès rapide, un parcours lisible, une coordination renforcée des acteurs et, surtout, une explication des résultats. La qualité technique ne suffit plus ; la relation humaine devient un facteur déterminant de la confiance et de l'efficacité du suivi. Dans ce nouvel écosystème, l'intelligence artificielle, souvent présentée comme disruptive, agit plutôt comme un révélateur. Elle impose de réaffirmer la place du radiologue comme médiateur, interprète et garant du sens clinique. Parallèlement, le principe de pertinence doit devenir incontournable. Face à la hausse des volumes, il ne s'agit plus de faire plus, mais de faire mieux : mieux cibler, mieux coordonner, mieux exploiter les données pour éviter les redondances et affiner la décision médicale. Cela implique de sécuriser l'adressage, de dialoguer plus étroitement avec les demandeurs et de renforcer la coordination ville-hôpital autour des indications les plus utiles. Ces lignes directrices amplifient la place de la radiologie libérale dans la prise en charge : les images ne constituent plus une fin en soi, mais un levier au service du parcours patient.

→ QUEL MODÈLE POUR DEMAIN ?

À l'horizon 2050, la question n'est plus de savoir si la radiologie libérale va disparaître, comme certains "prophètes" de l'IA le soutiennent, mais comment elle choisira de se réinventer dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, la chronicité des pathologies et la pénurie médicale. Dans une conjoncture incertaine, que ce soit sur le plan politique ou budgétaire, la spécialité doit devenir un véritable outil de pilotage des parcours de soins, capable de réduire les hospitalisations inutiles et d'améliorer l'efficacité globale du système de santé. Le défi sera aussi organisationnel. La capacité d'investir, de consolider le maillage territorial et de mutualiser les compétences conditionnera l'équilibre futur du secteur. Les structures isolées risquent de s'effacer au profit de structures plus intégrées, sans pour autant renoncer à l'ancrage local. Mais le principal tournant sera évidemment médical. Entre prévention ciblée, médecine prédictive et développement de l'interventionnel, la radiologie pourra affirmer une position centrale, à condition de préserver ses fondamentaux : expertise, indépendance et proximité avec le patient. Reste alors une interrogation critique : quelle radiologie les nouvelles générations voudront-elles exercer ? Car de ce choix collectif dépendra moins la survie de la spécialité... que la manière dont elle pèsera dans le système de santé de demain. ●

Jonathan ICART

« UNE RADIOLOGIE QUI PARLE AUX PATIENTS »



Dr Denis AUCANT,
ancien président
de la FNMR

Retraité, mais attentif aux mutations de la radiologie libérale, Denis Aucant alerte : si le lien clinique et l'explication au patient s'effacent, l'intelligence artificielle et les logiques financières trouveront un terrain idéal pour reléguer le radiologue au second plan.

Sollicité pour partager mon regard sur l'évolution de la profession, je mesure d'emblée la part de distance qui peut exister entre mon expérience et les réalités actuelles. Retraité depuis dix-sept ans, je n'en reste pas moins convaincu que l'histoire récente de la radiologie libérale éclaire utilement les défis d'aujourd'hui et de demain. À mes débuts, la relation avec l'Assurance Maladie s'inscrivait dans un cadre lisible et largement partagé. Les échanges se faisaient principalement avec un président élu, issu d'une gouvernance proche, dans son fonctionnement, de celle de nos propres instances professionnelles. Cette proximité favorisait une compréhension mutuelle des contraintes, notamment économiques.

→ Un changement progressif des équilibres

Les discussions tarifaires, organisées dans le cadre conventionnel, reposaient sur l'action des syndicats représentatifs – la CSMF, puis la FMF et le SML. Ce modèle impliquait une forte mobilisation des radiologues : leur adhésion conditionnait directement le poids des négociations. La profession savait ainsi se structurer collectivement pour défendre ses intérêts. Dans un contexte où les outils d'analyse et les données restaient limités, il était encore possible d'obtenir des arbitrages relativement équilibrés. Les négociations, bien que parfois exigeantes, demeuraient globalement maîtrisées. Avec le temps, les conditions de dialogue se sont profondément transformées. La montée en puissance d'une gouvernance plus administrative de l'Assurance Maladie, incarnée par le rôle croissant de son directeur général, a modifié la nature des échanges. Parallèlement, l'essor des équipements lourds et des forfaits techniques a considérablement renforcé les enjeux financiers. La radiologie s'est inscrite dans une logique plus industrielle, rendant les discussions plus complexes et souvent plus tendues. Pour autant, la discipline a su, jusqu'à une période récente, éviter les ruptures majeures. Elle a pu s'appuyer sur des interlocuteurs solides et sur des négociateurs expérimentés. À cet égard, des personnalités comme

« LA MONTÉE EN PUISSANCE D'UNE GOUVERNANCE PLUS ADMINISTRATIVE DE L'ASSURANCE MALADIE, INCARNÉE PAR LE RÔLE CROISSANT DE SON DIRECTEUR GÉNÉRAL, A MODIFIÉ LA NATURE DES ÉCHANGES CONVENTIONNELS »

Alain Taïeb ont joué un rôle déterminant, en portant des dossiers solidement argumentés et en conduisant les discussions avec une réelle habileté, contribuant à préserver l'équilibre de la profession dans des contextes parfois sensibles.

→ Quand le passé éclaire l'avenir

Aujourd'hui, les transformations technologiques imposent un nouveau changement de regard. Les progrès de l'intelligence artificielle, en particulier, alimentent des discours récurrents sur une possible marginalisation du radiologue. Face à ces perspectives, un point me paraît essentiel : la radiologie ne peut se réduire à une activité technique. Elle est d'abord un acte médical, qui suppose une expertise clinique, une responsabilité diagnostique et un lien avec le patient. Or, ce lien tend parfois à s'effacer. Combien de patients s'étonnent encore de ne pas rencontrer le radiologue ou de ne recevoir aucune explication directe ? Cette évolution, si elle devait s'installer durablement, affaiblirait la légitimité médicale de la profession. Dans un environnement marqué par la financiarisation croissante de l'imagerie, cette question devient centrale. Certains modèles organisationnels pourraient être tentés de privilégier une approche strictement productive, au détriment de la dimension médicale. L'histoire montre pourtant que ces débats ne sont pas nouveaux. Ils avaient déjà émergé, il y a plusieurs décennies, dans des contextes où la place du radiologue était parfois contestée. Les évolutions actuelles pourraient, sous des formes différentes, raviver ces interrogations. Dès lors, le positionnement de la profession apparaît déterminant. La radiologie libérale dispose d'atouts considérables : une expertise reconnue, une capacité d'innovation et une place centrale dans le parcours de soins. Mais elle ne pourra les préserver qu'à condition de réaffirmer clairement son identité médicale et son rôle de médecin. Cela passe, sans doute, par un engagement renouvelé des radiologues dans leurs structures représentatives, mais aussi par une attention accrue portée à la présence auprès des patients. C'est à ce prix que la profession pourra continuer à peser dans les choix collectifs et à maîtriser son avenir, plutôt que de le subir. ●

« UN ÉQUILIBRE DE PLUS EN PLUS FRAGILE »

Dr Jacques NINEY,
ancien président de
la FNMR

Complexité technique, pression économique, révolution de l'intelligence artificielle : la radiologie libérale change de dimension. Observateur averti des mutations en cours, Jacques Niney en décrypte les enjeux et alerte sur les équilibres à préserver.

→ **Comment appréhende-t-on la complexité croissante de l'exercice radiologique, sur les plans technique et organisationnel ?**

Durant ses études, le futur radiologue choisit une spécialité en cohérence avec ses attentes dans la prise en charge du patient, que ce soit dans le parcours diagnostique ou thérapeutique. La prise de conscience de la complexité commence très tôt sur le plan technique, et se renforce avec l'acquisition de nouvelles technologies, notamment lors de l'installation en milieu libéral. Ce défi est primordial pour tout radiologue et représente l'un des intérêts majeurs de la profession. Sur le plan organisationnel, la découverte intervient plus tardivement, au moment de l'installation. Sur les volets comptable, réglementaire ou de gestion des ressources humaines, le radiologue récemment installé doit tout appréhender, souvent rapidement et avec une préparation initiale limitée. Il est heureusement accompagné par l'équipe avec laquelle il exerce.

→ **Quelles mutations ont été les plus difficiles à accompagner pour la profession : technologiques, économiques, humaines, réglementaires ?**

Les mutations, qui relèvent en réalité d'évolutions inhérentes à la pratique, sont permanentes. Le meilleur exemple nous est donné par la technologie, depuis les tables télécommandées jusqu'aux derniers progrès en IRM, en passant par l'échographie, les mammographes et les tomodensitomètres. Le médecin radiologue s'approprie ces progrès par une formation continue. Les évolutions humaines s'inscrivent dans un contexte sociétal en mutation, avec un principe essentiel : le travail en équipe. Là encore, la capacité d'adaptation est centrale, vis-à-vis des équipes comme des associés. Le contexte et les attentes changent, notamment en matière de conditions de travail. Plus difficiles à intégrer : les obligations réglementaires et économiques, moins dans leur principe que dans leurs modalités d'imposition, parfois éloignées de l'exercice, imposant de fortes contraintes aux structures. Le meilleur exemple est la pression économique

« LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE S'EXPRIME AUPRÈS DE CHAQUE PATIENT, MAIS AUSSI DANS LA PARTICIPATION AUX CAMPAGNES DE DÉPISTAGE, COMME LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN »

constante, qui pèse directement sur les choix d'investissement et d'organisation des cabinets.

→ **La technicité croissante de l'imagerie renforce-t-elle, selon vous, l'autonomie du radiologue ou crée-t-elle de nouvelles dépendances ?**

Le radiologue intègre en permanence ces avancées techniques. Sa dépendance reste conditionnée à leur accessibilité. Dans un cadre libéral, cela implique des contraintes et des marges de manœuvre. Sa responsabilité est de délivrer le meilleur diagnostic et les meilleurs soins. La formation est continue, et l'adaptation constante : cela ne génère pas de dépendance structurelle, mais transforme profondément les exigences du métier. Un point particulier concerne l'intelligence artificielle, dont l'usage devient incontournable. En tant qu'outil d'aide, notamment au diagnostic, son utilité n'est plus à démontrer. En revanche, son emploi comme substitution au médecin représente un danger, non seulement pour le patient, mais aussi pour la spécialité, qui pourrait voir s'affaiblir, voire perdre, la reconnaissance de son rôle dans le parcours de soins.

→ **Quel équilibre reste encore à trouver entre expertise médicale, contraintes organisationnelles et responsabilité collective ?**

Cet équilibre est au cœur de l'exercice du médecin radiologue et suppose une amélioration continue des pratiques. Il repose sur une articulation fine entre des dimensions étroitement liées. La responsabilité collective s'exprime auprès de chaque patient, mais aussi dans la participation aux campagnes de dépistage, comme le dépistage organisé du cancer du sein. Elle est indissociable de l'expertise médicale, issue de la formation initiale et continue. Nous disposons d'une spécificité bien établie, mais qui doit encore être affirmée auprès des institutionnels et des autres spécialités, dans un contexte de recomposition du parcours de soins. Cependant, cet équilibre reste soumis aux contraintes organisationnelles. Lorsqu'elles relèvent de la gestion interne, le radiologue sait les intégrer. En revanche, lorsqu'elles sont imposées de manière non concertée, elles peuvent déséquilibrer l'ensemble, avec des conséquences médicales et sociétales.

« IL FAUT PRIORISER LA PERTINENCE DES ACTES ET SÉCURISER DURABLEMENT LES INVESTISSEMENTS »



**Dr Jean-Philippe
MASSON,**
président
de la FNMR

Entre contraintes tarifaires persistantes et impératif de qualité des soins, la radiologie libérale avance sur une ligne de crête de plus en plus étroite. Pour Jean-Philippe Masson, la pertinence des actes constitue le levier central pour concilier innovation technologique, soutenabilité économique et maillage territorial. À condition de rompre avec des politiques de régulation qui pénalisent l'investissement et fragilisent l'accès aux soins.

→ **Quelle est la principale "ligne de crête" sur laquelle avance la radiologie libérale ?**

La radiologie libérale doit en permanence trouver un équilibre entre des baisses tarifaires répétées – 1,5 milliard d'euros en vingt ans – et le maintien de la meilleure prise en charge possible pour les patients. Cette dernière impose des équipements modernes et un maillage territorial efficient. Si le déséquilibre s'accroît, les conséquences sur ces deux éléments se feront immédiatement ressentir, tant sur l'accès que sur la qualité des soins.

→ **Comment concilier concrètement innovation technologique, pertinence des actes et soutenabilité économique du système ?**

Seule la pertinence des actes peut garantir des économies pérennes et tangibles. La soutenabilité économique du système en sera renforcée. L'innovation technologique peut être maintenue, à condition d'éviter des baisses tarifaires brutales, incompatibles avec des investissements radiologiques qui nécessitent une visibilité pluriannuelle.

→ **Quelles décisions prises aujourd'hui continueront, selon vous, à peser sur la profession dans dix ou quinze ans ?**

Les investissements en radiologie s'inscrivent dans le temps long : environ sept ans pour l'imagerie en coupe et jusqu'à quinze ans pour la radiologie conventionnelle. Les baisses imposées, sans concertation et de façon massive, contraignent les radiologues à se tourner vers des équipements de gamme intermédiaire, donc moins performants. Ces appareils, une fois achetés,

resteront en service pendant plusieurs années avant tout renouvellement... au détriment des patients.

→ **De quels sujets la profession doit-elle impérativement se saisir maintenant pour ne pas les subir demain ?**

La radiologie subit la loi du plus fort, celle du régulateur qui, pour des raisons idéologiques, ne cesse d'appliquer une politique de revenus sur les médecins spécialistes en général et les radiologues en particulier. La profession doit, par son unité, réaffirmer son rôle central dans le parcours de soins. Une prise en charge rapide en imagerie permet en effet de générer des économies substantielles, via la réduction des durées d'hospitalisation, des traitements et des arrêts de travail. Ceci ne sera possible que si les tutelles arrêtent la politique mortifère de baisses tarifaires, la seule qu'elles semblent connaître.

« UNE PRISE EN CHARGE
RAPIDE EN IMAGERIE PERMET
DE RÉDUIRE LES DURÉES
D'HOSPITALISATION, LES TRAITEMENTS
ET LES ARRÊTS DE TRAVAIL »

« UNE IMAGERIE ABSENTE COÛTE SOUVENT PLUS CHER QU'UNE IMAGERIE DISPONIBLE »



Dr Éric CHAVIGNY,
futur président
de la FNMR

Futur président de la FNMR, Éric Chavigny assume un virage : faire de l'imagerie médicale un levier d'organisation, d'efficacité et d'accès aux soins. Face aux tensions systémiques, il défend une discipline proactive, capable de structurer les parcours de soins et de replacer le radiologue au cœur des décisions.

→ **Avec quel état d'esprit abordez-vous la présidence à venir, dans un contexte de transformations rapides de l'exercice médical ?**

J'aborde cette présidence avec enthousiasme et lucidité. Dans un contexte marqué par de profondes mutations (vieillesse de la population, explosion des besoins de soins, développement de l'intelligence artificielle, tensions économiques, inégalités territoriales...), la radiologie doit sortir de sa posture défensive. Bien sûr, il faut protéger notre modèle et notre capacité d'investissement, mais nous devons surtout démontrer que l'imagerie médicale fait partie des solutions pour moderniser le système de santé. Une imagerie accessible et pertinente permet des diagnostics plus précoces, favorise des parcours de soins plus fluides, réduit les hospitalisations évitables et génère des économies réelles pour la collectivité. Elle n'est pas un poste de dépense, mais un investissement stratégique.

→ **Quels enjeux vous semblent encore insuffisamment anticipés par la profession aujourd'hui ?**

Je vois trois enjeux principaux. D'abord, la question territoriale : on parle beaucoup de technologie et d'intelligence artificielle, mais pas assez de l'organisation concrète de l'offre sur le terrain. L'accès rapide à une IRM ou à un scanner est un vrai sujet de santé publique. Ensuite, la dimension économique : beaucoup ne voient que le coût immédiat de l'imagerie, sans mesurer les économies qu'elle génère lorsqu'elle est accessible et pertinente. Enfin, l'impact organisationnel de l'IA, qui transformera notre métier sans remplacer le radiologue. Le véritable défi sera de l'utiliser pour améliorer la qualité, la pertinence et le temps médical utile. Autrement dit : recentrer le radiologue sur sa valeur clinique.

→ **Quel rôle stratégique la radiologie peut-elle jouer dans le système de santé de demain, au-delà de la seule production d'images ?**

L'imagerie médicale est un outil central du pilotage des parcours de soins. C'est tout le sens des PIMAP¹ : des structures territoriales qui permettent aux généralistes, aux spécialistes et aux établissements de proximité de prendre en charge les patients localement, avec un accès rapide à une imagerie moderne. Ces dispositifs désengorgent les hôpitaux, limitent les transports inutiles et améliorent la fluidité des prises en charge. Ils incarnent un modèle plus efficace au service des patients. La radiologie joue aussi un rôle majeur dans la prévention et le dépistage – sein, poumon, score calcique, médecine prédictive – et devient une spécialité thérapeutique grâce à la radiologie interventionnelle, avec des traitements mini-invasifs. Elle est donc à la fois médicale, organisationnelle et économique, et s'inscrit au cœur des transformations en cours.

→ **Quelle ambition collective souhaitez-vous porter pour la radiologie libérale dans les années à venir ?**

Je veux que la radiologie libérale soit reconnue comme une composante essentielle du système de santé. Nous devons défendre notre capacité d'investissement, sans laquelle il n'y a ni innovation, ni accès territorial, ni modernisation. Mais nous devons porter une ambition plus large : faire de notre discipline un levier de structuration des soins, de prévention et d'efficacité. Il faut démontrer, chiffres à l'appui, qu'une imagerie pertinente est souvent une source d'économies pour la collectivité. Je veux renforcer notre unité, développer notre expertise médico-économique et faire de la radiologie une force de proposition, sans renoncer à nos fondamentaux – proximité, ancrage territorial, innovation et indépendance médicale. Mon objectif est clair : ancrer durablement l'imagerie au cœur des politiques de santé.

« LA RADIOLOGIE N'EST PAS UN POSTE DE DÉPENSE, MAIS UN INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE »

« LA RADIOLOGIE EST UN PILIER DE LA PRÉVENTION MODERNE »



**Cyrille
ISAAC-SIBILLE,**
député MoDem
du Rhône

En marge de la mission gouvernementale qui lui a été confiée en janvier dernier par Sébastien Lecornu, Cyrille Isaac-Sibille analyse les limites actuelles du dépistage de masse et les impensés persistants du financement de la prévention. Il plaide pour une approche plus ciblée, fondée sur le risque, la donnée et la pertinence des actes, afin de concilier efficacité sanitaire, soutenabilité économique et qualité des soins.

→ **Quelle place la radiologie libérale peut-elle occuper dans une véritable politique de prévention en santé ?**

La prévention primaire recouvre un champ très large, qui va de la santé environnementale au dépistage organisé. Elle ne peut, par nature, relever d'un seul acteur. C'est une responsabilité collective, qui engage la société dans son ensemble, même si les professionnels de santé y occupent une place particulière. La radiologie libérale joue déjà un rôle central dans le dépistage organisé du cancer du sein et sera pleinement mobilisée, demain, dans celui du cancer du poumon. Mais son apport ne se limite pas à la seule réalisation d'examens. Elle peut contribuer à structurer une prévention plus lisible et plus efficace, notamment par le repérage des populations à risque, l'orientation des patients et un véritable travail de pédagogie autour des enjeux du dépistage. La prévention devra être mieux intégrée aux réflexions, aux côtés des autres professionnels de santé, mais aussi des collectivités, de la médecine du travail ou du monde scolaire. La prévention n'est efficace que si elle est pensée collectivement, coordonnée et inscrite dans le temps long.

→ **Vous critiquez le dépistage de masse par classes d'âge. Pourquoi faut-il changer de modèle ?**

Les politiques de dépistage ont montré leurs limites, notamment en radiologie. Souvent très coûteuses, elles mobilisent massivement les équipements, au risque de saturer les plateaux techniques. Le diagnostic est largement partagé : le gain réel en matière de santé publique est, dans de nombreux cas, inférieur aux attentes. L'enjeu n'est pas de dépister tout le monde, mais de dépister toutes les personnes à risque, indépendamment des seuils d'âge. Pour y

parvenir, il faut changer de méthode et apprendre à croiser les données de remboursement, les données sociales, les données environnementales et les données comportementales des individus. Avec l'appui de l'intelligence artificielle, il devient possible de migrer vers une prévention plus ciblée, plus prédictive et plus personnalisée. Il ne s'agit pas de dépister plus, mais de dépister mieux.

→ **La prévention reste peu reconnue dans la nomenclature. Faut-il revoir la CCAM¹ en conséquence ?**

La nomenclature actuelle est quasi exclusivement centrée sur les soins. Le dépistage a trouvé sa place, mais la prévention primaire, pourtant jugée prioritaire, est très marginalement valorisée. Il faut avoir le courage de se poser les bonnes questions : comment reconnaît-on et finance-t-on ce travail ? C'est un angle mort que nous devons aborder sans tabou. Plus largement, notre système de soins repose sur une logique de prix et de volumes qui n'a jamais été pensée pour la prévention. Faut-il laisser faire le « marché » ? Faut-il un investissement public dédié ? De nouveaux modes de financement ? Des mécanismes de forfaitisation ? Ces débats sont essentiels. Nous ne pouvons pas demander aux acteurs de s'engager durablement dans la prévention sans un modèle économique clair, lisible et soutenable.

→ **Dans un contexte marqué par la hausse des volumes, pourquoi la pertinence devient-elle centrale en imagerie ?**

Nous ne pouvons plus augmenter indéfiniment le volume des examens et des tarifs. Cette trajectoire ne sera pas viable, ni économiquement ni sur le plan organisationnel. Si nous voulons redonner des marges de manœuvre aux professionnels, préserver la qualité des équipements et garantir l'accès aux soins, il est indispensable de maîtriser les volumes. Cette maîtrise passe nécessairement par une exigence accrue en termes de pertinence. Cela suppose une meilleure application des recommandations, une réduction des examens redondants et, demain, le déploiement d'outils d'aide à la décision fondés sur l'intelligence artificielle. Encore faut-il que le dossier médical partagé fonctionne réellement et soit pleinement utilisé, notamment par les patients. La pertinence n'est pas une contrainte punitive : elle est la condition pour concilier la qualité des soins, la soutenabilité économique et la crédibilité de notre système de santé.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Classification Commune des Actes Médicaux

« CONCILIER PERFORMANCE, PERTINENCE ET CONFIANCE ! »



Gérard RAYMOND,
président de France
Assos Santé

Délais d'accès, compréhension des résultats, continuité du parcours : les attentes des patients redessinent les exigences de la radiologie libérale. Mais à l'heure du numérique et de l'intelligence artificielle, Gérard Raymond prévient : sans médiation humaine et sans pertinence des actes, le modèle perdra sa légitimité.

→ Quelles sont les principales attentes des patients vis-à-vis de la radiologie libérale ?

Les attentes des patients se structurent autour de trois grands piliers : accessibilité, qualité et lisibilité du parcours de soins. Obtenir un examen dans un délai raisonnable est une problématique critique, notamment dans les territoires sous-dotés, où les contraintes de déplacement et les distances sont des freins concrets. Les patients attendent une prise en charge continue, sans rupture entre la prescription, la réalisation et la restitution, avec une circulation fluide et sécurisée des informations entre les professionnels de santé. La compréhension des résultats constitue également un défi majeur. Un compte rendu est une donnée brute : il doit être expliqué et mis en perspective par le radiologue qui est un acteur central de l'équipe de soins. La dimension humaine demeure prépondérante. Derrière chaque examen, il y a une inquiétude à apaiser. Une explication claire et accessible conditionne la confiance du patient, et donc la qualité du suivi.

→ Quel équilibre trouver entre développement numérique et relation humaine ?

Le développement du numérique et de l'intelligence artificielle transforme l'imagerie médicale. Ces outils vont réduire les délais, améliorer la précision du diagnostic et faciliter la coordination des prises en charge, ce qui rendra notre organisation sanitaire plus efficiente. Pour autant, ils ne sauraient remplacer la médiation humaine. La disponibilité des résultats via Mon espace santé soulève une difficulté notable : un compte-rendu consulté sans explication circonstanciée peut générer incompréhension et anxiété. Il est donc essentiel de prévoir des garde-fous, comme une information éclairée en amont et un échange systématique avec un professionnel de santé. Dans ce cadre, l'intelligence artificielle doit rester un outil d'aide à la décision. La qualité de l'imagerie repose

« LES ATTENTES DES PATIENTS SE STRUCTURENT AUTOUR DE TROIS GRANDS PILIERS : ACCESSIBILITÉ, QUALITÉ ET LISIBILITÉ DU PARCOURS DE SOINS »

sur un équilibre entre performance technologique et relation humaine, au service d'une médecine efficace et centrée sur le patient.

→ Quels leviers faut-il activer pour améliorer la pertinence des actes et des examens radiologiques ?

Il n'y aura pas de pertinence sans une meilleure circulation des informations médicales. Le nonaccès aux examens antérieurs entraîne encore trop souvent des répétitions inutiles. Cette évolution suppose donc un dossier médical partagé opérationnel et généralisé. La diffusion et le respect des recommandations de bonnes pratiques, validées par les sociétés savantes, seront également des facteurs déterminants. Elles permettraient de mieux encadrer les prescriptions, tout en préservant une marge d'adaptation clinique. Au-delà des outils, une adaptation des pratiques est indispensable. La coordination entre les prescripteurs et les radiologues doit être renforcée pour mieux réguler les demandes. Seule une meilleure maîtrise des volumes favorisera une utilisation plus rationnelle des ressources humaines et techniques qui sont de plus en plus contraintes. Des incitations financières pourraient y contribuer. Le débat doit être ouvert.

→ Comment concilier hausse des besoins en imagerie et soutenabilité du système de santé ?

La hausse des besoins en imagerie, accentuée par le vieillissement et la chronicité, exerce une pression croissante sur les dépenses publiques. Dans un périmètre budgétaire dégradé, marqué par le dérapage des déficits sociaux, la pertinence clinique des examens devient un enjeu stratégique. Une réflexion sur le maillage territorial, associant libéraux et hospitaliers, doit aussi être rapidement engagée pour garantir un accès équitable et durable aux équipements lourds. Par ailleurs, le modèle de financement des soins, largement fondé sur la rémunération à l'acte, atteint ses limites. Une valorisation de la qualité, de la coordination et du travail en équipe apparaît nécessaire. Une chose est sûre : la prochaine élection présidentielle doit être une occasion de repenser les fondements de notre système de protection sociale. Une question s'impose : quel modèle de société voulons-nous pour les trente prochaines années ?

Propos recueillis
par Jonathan ICART

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

numéro
500



DR

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