



FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS RADIOLOGUES

Note à l'attention de Mesdames et Messieurs les Sénateurs

Comprendre la rentabilité de la radiologie libérale dans le rapport Charges et Produits pour 2027 de la Cnam

Dr Éric Chavigny, Président de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues

1. Objet de la note

Le rapport Charges et Produits pour 2027 de la Cnam, publié le 2 juillet 2026, présente des données sur la rentabilité financière des cabinets de radiologie libérale. Ces chiffres risquent d'être lus, hors contexte, comme le signe de revenus excessifs pour les radiologues. Cette note vise à expliquer, à partir des données du rapport lui-même, ce que ces chiffres mesurent réellement et à quoi cette rentabilité sert concrètement dans l'organisation des soins d'imagerie en France.

2. Ce que mesure le rapport

Le rapport calcule plusieurs ratios financiers à partir d'un échantillon de cabinets de radiologie « mono-activité » (hors cliniques) sur la période 2018-2023 :

Indicateur (rapport Cnam, p.199-208)	Valeur 2023	Ce que mesure l'indicateur
EBE / chiffre d'affaires	13,2 %	Excédent d'exploitation courante
Résultat net / chiffre d'affaires	9,4 %	Rentabilité globale de l'entreprise
Résultat net / capitaux propres	25,2 %	Rendement du capital investi par les associés (déf. Cnam, p.206)
Taux d'endettement	64,8 %	Part de la dette dans le financement de l'activité

Sources : Cnam, Rapport Charges et Produits pour 2027, section 4.4.2, Tableau 37 et p.203-207.

Point essentiel : la Cnam définit elle-même (p.206) la rentabilité financière comme ce qu'un actionnaire obtient en moyenne pour chaque euro investi au capital d'une société. Il s'agit donc d'un ratio de rendement du capital investi dans l'entreprise — et non d'un revenu ou d'un salaire perçu par le radiologue.

3. Un chiffre construit sur un échantillon particulier

- **Ce que dit le rapport (p.200-201)** — l'analyse porte sur 681 unités légales de radiologie "mono-activité" sur 2 454 unités actives en 2023 (Tableau 37), en excluant l'activité de radiologie réalisée en établissement multi-activité (cliniques). Les valeurs extrêmes (1er et dernier percentile) sont retirées de l'analyse.
- **Ce que dit le rapport (Tableau 37)** — ces 681 unités légales regroupent 13 389 structures (sites), soit environ 20 sites en moyenne par entité analysée — ce qui signifie que l'échantillon est composé, pour une large part, de groupes multi-sites consolidés.

Ce que cela signifie — un chiffre moyen calculé sur un panel de cette nature ne peut pas être présenté comme représentatif de la situation de l'ensemble des cabinets de radiologie, en particulier des structures indépendantes ou de proximité, qui sont statistiquement minoritaires dans cet échantillon.

- **Ce que dit le rapport (section 4.4.2 et section dépassements d'honoraires, p.199-208 et p.220-227)** — le rapport ne précise à aucun moment la répartition entre radiologues exerçant en secteur 1 (tarifs opposables) et radiologues exerçant en secteur 2 (avec compléments d'honoraires) au sein de l'échantillon de 681 unités légales analysé. Le sujet des dépassements d'honoraires est traité par ailleurs dans le rapport (p.220-227), pour d'autres professions, mais n'est jamais croisé avec les données de rentabilité de la radiologie.

Ce que cela signifie — sans cette information, il est impossible de savoir si la rentabilité de 25,2 % provient de structures majoritairement en secteur 1, en secteur 2, ou d'un mélange des deux — alors que la part de compléments d'honoraires dans le chiffre d'affaires peut avoir un effet significatif sur les ratios de rentabilité observés. C'est un angle mort supplémentaire de la méthodologie retenue.

- **Ce que dit le rapport (ensemble du document)** — le rapport ne comporte aucune occurrence du terme GIE (Groupement d'Intérêt Économique) ni GCS (Groupement de Coopération Sanitaire), et la section 4.4.2 consacrée à la rentabilité de la radiologie ne mentionne à aucun moment d'éventuelles participations de sociétés de radiologues dans des structures partagées avec des établissements publics hospitaliers.

Ce que cela signifie — cette question n'est ni confirmée ni exclue par le rapport : elle est simplement absente de l'analyse. Certaines sociétés de radiologues détiennent des participations dans des GIE constitués avec des hôpitaux, dans lesquels seul le résultat du GIE remonte, le cas échéant, dans la société des radiologues. Le rapport ne dit rien sur la fréquence de ce type de montage ni sur son effet éventuel — à la hausse ou à la baisse — sur les ratios de rentabilité présentés. C'est un angle mort méthodologique qui mériterait d'être documenté avant toute décision tarifaire fondée sur ces chiffres.

- **Ce que dit le rapport (p.206)** — la Cnam définit la rentabilité financière (résultat net/capitaux propres) comme « ce qu'un actionnaire obtient en moyenne pour chaque euro investi au capital d'une société ». C'est un ratio de retour sur capitaux propres (ROE), et non un ratio de performance opérationnelle.

Ce que cela signifie — un ratio de ce type dépend mécaniquement de deux éléments : le résultat net et le montant des capitaux propres. Pour un même résultat net, plus les capitaux propres sont faibles, plus le ratio est mécaniquement élevé — c'est un principe général de finance d'entreprise, indépendant du secteur analysé. Le rapport fournit un taux d'endettement de 64,8 % pour la radiologie (p.207-208), donnée vérifiée qui traduit un effet de levier, mais ne fournit pas le niveau des capitaux propres des cabinets étudiés. Il est donc impossible de savoir, à partir des seules données publiées, dans quelle mesure ce ratio reflète la performance économique réelle de l'activité plutôt que la structure de son financement. Par ailleurs, le rapport présente séparément le taux d'endettement, le résultat net/CA et le résultat net/capitaux propres (p.203-208), sans jamais les croiser pour la radiologie : une lecture combinée de ces indicateurs serait nécessaire avant d'interpréter le chiffre de 25,2 % comme une mesure isolée de rentabilité "excellente".

- **Ce que dit le rapport (p.199-200, Encadré 35)** — la méthodologie de calcul des ratios de rentabilité (EBE/CA, résultat net/CA, résultat net/capitaux propres) s'appuie sur la base FARE de l'Insee, qui recense des « unités légales » au sens commercial (identifiants SIREN, comptabilité privée en bilan et compte de résultat). Cette méthode est appliquée aux cabinets médicaux et établissements privés (cliniques, sociétés commerciales) ; elle n'est à aucun moment appliquée aux établissements publics de santé.

Ce que cela signifie — un hôpital public n'est pas structuré comme une société commerciale : il ne dispose pas de « capitaux propres » ni de « résultat net » au sens où le rapport les définit pour calculer un ratio de rentabilité financière, mais d'un cadre budgétaire différent (EPRD). La Cnam se positionne donc en analyste financier pour évaluer la performance du secteur libéral avec des outils de rentabilité d'entreprise, sans appliquer le même regard méthodologique au secteur public hospitalier. Cette asymétrie mériterait d'être questionnée avant de fonder une politique tarifaire sur la seule rentabilité mesurée du secteur privé.

4. Une rentabilité qui finance des investissements, pas des revenus excessifs

- **Ce que dit le rapport (p.203)** — la Cnam reconnaît explicitement que le cabinet de radiologie et la société propriétaire des équipements lourds peuvent appartenir au même bénéficiaire, mais précise que « cette question n'a pas fait l'objet d'une analyse spécifique pour ce rapport ». La rentabilité affichée ne permet donc pas de reconstituer ce que perçoit réellement un radiologue.

Contrairement à un plateau d'imagerie hospitalier, dont les équipements lourds (scanners, IRM) sont financés par l'investissement public, un cabinet de radiologie libéral autofinance ou emprunte pour acquérir, renouveler et faire évoluer ses équipements, ainsi que pour adapter des locaux techniques soumis à des contraintes réglementaires strictes (radioprotection notamment). La rentabilité d'un cabinet ou d'un groupe d'imagerie n'est donc pas, pour l'essentiel, un surplus disponible : elle conditionne sa capacité à maintenir et renouveler un plateau technique à la hauteur des besoins de la population.

5. Un enjeu pour la collectivité, pas seulement pour la profession

Ce modèle d'autofinancement a une conséquence directe pour les finances publiques : l'investissement dans les équipements d'imagerie lourde réalisé par les cabinets libéraux n'est pas porté par la dépense publique hospitalière. Une rentabilité insuffisante pour permettre le renouvellement technologique régulier des équipements ferait porter, à terme, un besoin d'investissement supplémentaire soit sur les patients (accès à des équipements vieillissants), soit sur la collectivité si ces plateaux techniques devaient être repris ou financés par le secteur public.

Ce que cela signifie — c'est pourquoi une politique tarifaire qui réduit durablement cette rentabilité, sans tenir compte de ce qu'elle finance, ne peut pas être analysée uniquement comme une économie pour l'Assurance Maladie : elle a une incidence directe sur la capacité du secteur libéral à continuer d'assumer, sans financement public, le renouvellement des plateaux techniques d'imagerie.

6. Ce que l'investissement en imagerie rapporte au système de santé

Le rapport Charges et Produits de la Cnam n'évalue la radiologie que sous l'angle de la dépense. Un autre rapport, indépendant de la Cnam, apporte un éclairage complémentaire sur la contribution de l'imagerie aux économies globales du système de santé : « Imagerie médicale : Impact sur la santé publique et les dépenses de santé », Institut Sapiens, mars 2026, rédigé par le Dr Cédric Grouchka (ancien membre du Collège de la Haute Autorité de Santé).

- **Ce que dit le rapport (Institut Sapiens, mars 2026, synthèse)** — une modélisation économique (outil HealthSim V2, horizon 2025-2030) compare deux trajectoires : un scénario « rabot » (réduction tarifaire de 300 M€) qui générerait à terme 180 M€ de surcoût net pour le système de santé, contre un scénario « pertinence » qui produirait 160 M€ d'économies nettes — soit un écart de 340 M€ entre les deux trajectoires.
- **Ce que dit le rapport (Institut Sapiens, mars 2026, synthèse)** — un examen d'imagerie coûte entre 80 et 200 €, quand une journée d'hospitalisation coûte environ 950 € ; un cancer diagnostiqué au stade IV coûte, selon la localisation tumorale, 1,6 à 7,7 fois plus cher qu'un diagnostic au stade I (étude Medicare, États-Unis, 2022, 597 778 patients, un ratio de 2,1 étant par ailleurs rapporté par le NHS anglais en 2025).

Ce que cela signifie — cette analyse indépendante de la Cnam suggère qu'une approche strictement comptable de la baisse tarifaire en imagerie peut déplacer la dépense plutôt que la réduire, en particulier via des diagnostics plus tardifs et des prises en charge hospitalières plus coûteuses. C'est un éclairage que le rapport Charges et Produits de la Cnam ne fournit pas, puisqu'il n'évalue à aucun moment l'effet des baisses tarifaires sur les dépenses induites ailleurs dans le système de santé.

Ce rapport est une analyse indépendante d'un think tank (Institut Sapiens), fondée sur une modélisation propre à l'auteur et sur la littérature scientifique internationale ; il ne s'agit pas d'une donnée officielle de la Cnam ou de l'Assurance Maladie, et ses résultats de modélisation doivent être lus comme tels.

7. Une trajectoire de baisses tarifaires déjà engagée

Le rapport inscrit, dans sa trajectoire d'économies pour 2027 (Tableau 49, p.251-252), l'effet d'une nouvelle baisse des tarifs d'imagerie décidée en 2026, au sein d'une enveloppe de 300 M€ mutualisée avec le secteur du transport sanitaire, sans chiffrage isolé pour l'imagerie. Cette mesure s'ajoute aux baisses du forfait technique déjà appliquées en novembre 2025 et au 1er juillet 2026, ainsi qu'à une nouvelle étape annoncée pour janvier 2027.

Les données de rentabilité présentées dans le rapport portent sur l'exercice 2023, antérieur à l'ensemble de ces baisses. Elles ne peuvent donc pas rendre compte de la situation économique actuelle du secteur.

8. Ce que demande la FNMR

- Que l'impact des baisses tarifaires déjà appliquées (2025-2026) soit intégré avant toute nouvelle mesure de régulation en 2027.
- Qu'un audit contradictoire indépendant du coût réel des équipements et de leur financement soit réalisé avant toute nouvelle baisse des forfaits techniques d'imagerie.
- Que soit reconnue, dans les arbitrages budgétaires, la spécificité du modèle libéral d'autofinancement des plateaux techniques d'imagerie, qui évite à la collectivité d'en assumer le coût d'investissement comme c'est le cas à l'hôpital public.
- Que les décisions tarifaires en imagerie intègrent, au-delà de la seule dépense directe d'Assurance Maladie, leur effet sur l'ensemble des dépenses de santé (hospitalisations, prises en charge de pathologies diagnostiquées tardivement), conformément aux travaux indépendants disponibles sur ce sujet.

9. Références

Cnam, Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2027, 2 juillet 2026 — section 4.4.2 (p.199-208), Tableau 37, Tableau 49 et section 5.1 (p.251-252).

Institut Sapiens, Imagerie médicale : Impact sur la santé publique et les dépenses de santé, Dr Cédric Grouchka, mars 2026.