

« Les fausses économies coûtent cher au système de santé »

Longtemps traitée comme une variable de coût, l'imagerie médicale doit désormais être considérée comme un levier stratégique de performance sanitaire. Dans un entretien exclusif, l'économiste Olivier Babeau déconstruit les fausses économies, éclaire leurs effets différés, et plaide pour une politique d'investissement au service de la qualité des soins et de l'équité territoriale.

→ Selon votre rapport, l'imagerie médicale n'est pas un coût de santé, mais un investissement stratégique. Pourquoi cette lecture reste-t-elle encore minoritaire dans les politiques publiques ?

La raison est d'abord comptable, avant d'être politique. Le coût d'un scanner ou d'une IRM apparaît immédiatement, dans les comptes de l'année en cours, sur une ligne de dépenses visible et compressible. Ses bénéfices, eux, se déploient à deux, trois, parfois cinq ans, et se répartissent sur des lignes budgétaires rarement reliées à l'examen initial : moins d'hospitalisations, moins de traitements lourds, moins de prises en charge de la dépendance. Cette asymétrie crée une illusion de rationalité économique, celle selon laquelle on pourrait "économiser" en réduisant l'imagerie. Les chiffres contredisent pourtant cette idée. Un examen d'imagerie coûte entre 80 et 200 euros. Une journée d'hospitalisation coûte 950 euros. Un cancer diagnostiqué au stade IV coûte entre 1,6 et 7,7 fois plus cher qu'au stade I, selon la localisation tumorale. NHS England¹ a d'ailleurs estimé qu'un programme d'investissement dans les capacités diagnostiques présente un retour sur investissement supérieur à 1,5 à cinq ans. Mais les décideurs publics, soumis à des horizons budgétaires annuels et à des impératifs politiques de court terme, n'ont pas naturellement intérêt à raisonner à cette échelle. Le "rabort" tarifaire produit une économie immédiate et visible dans les comptes ; ses effets délétères, eux, apparaissent plus tard, dans d'autres enveloppes, souvent attribués à d'autres causes. C'est précisément ce biais de lecture que notre rapport entend corriger : l'imagerie n'est pas une variable d'ajustement, c'est une condition d'efficience du système de santé.

OLIVIER BABEAU,
président
de l'Institut Sapiens



→ Votre rapport évoque un risque concret : celui des baisses tarifaires aux effets inflationnistes, susceptibles de générer des surcoûts globaux pour le système de santé. Comment expliquez-vous ce phénomène paradoxal ?

Le mécanisme suit toujours la même cascade, désormais documentée dans plusieurs pays. Une baisse des tarifs provoque d'abord une contraction de l'offre, avec des fermetures de créneaux, un non-remplacement des départs et un abandon des sites les moins rentables. Cette contraction allonge les délais d'accès. Les délais retardent les diagnostics. Les diagnostics tardifs augmentent le stade des maladies au moment de la prise en charge. Et les stades avancés génèrent davantage d'hospitalisations, de complications, de pertes de chance et, in fine, de dépenses lourdes. L'expérience britannique est, à cet égard, particulièrement instructive. Le NHS a connu une croissance budgétaire de seulement 1,3 % par an entre 2010 et 2020, contre 3,6 % historiquement. →

→ Résultat : le Royaume-Uni ne dispose que de 10 scanners et 8,6 IRM par million d'habitants, contre 20,5 et 12,4 en moyenne dans les pays de l'OCDE². Les conséquences sont documentées : doublement des listes d'attente diagnostiques, 20 % des cancers diagnostiqués en situation d'urgence et une survie à cinq ans du cancer colorectal de 60 %, contre 71 % en Australie. La modélisation économique HealthSim V2, conduite sur l'horizon 2025-2030 dans notre rapport, quantifie précisément ce paradoxe dans le cas français. Un scénario de réduction tarifaire de 300 millions d'euros générerait, à terme, 180 millions d'euros de surcoût net. Autrement dit, on ne fait pas d'économies : on déplace la dépense, on la retarde, puis on l'amplifie dans les postes les plus coûteux du système, soit les hospitalisations, les soins aigus et les prises en charge tardives. Une baisse tarifaire mal calibrée n'est pas une économie de santé : elle transforme une dépense immédiate en dette clinique, territoriale et budgétaire.

→ Les radiologues libéraux alertent sur un autre risque : une remise en cause directe des investissements dans les équipements et les innovations. Les politiques tarifaires actuelles sont-elles, selon vous, de nature à dissuader concrètement ces investissements ?

Oui, et les données le montrent très clairement. La France fait partie des six pays européens ayant les IRM les plus anciennes, selon l'OCDE. L'âge médian des IRM françaises dépasse régulièrement 10 à 12 ans, celui des scanners se situe entre 11 et 14 ans. En Allemagne, ce chiffre est de 6 à 8 ans ; aux Pays-Bas, de 6 à 7 ans ; en Scandinavie, de 5 à 7 ans. Ce retard n'est pas accidentel. Il résulte d'une sous-indexation chronique des forfaits techniques par rapport à l'inflation, conjuguée à des délais de délivrance des autorisations par les agences régionales de santé pouvant atteindre 18 à 24 mois. L'obsolescence des équipements n'est pas seulement un problème de confort ou de productivité : elle entraîne des conséquences cliniques mesurables. Au-delà de 10 ans, la sensibilité diagnostique d'une IRM baisse de 10 à 18 % pour certaines lésions neurologiques subtiles. En cancérologie prostatique, The Lancet Oncology rapporte qu'une IRM moderne augmente de 25 à 34 % la détection des tumeurs cliniquement significatives, quand les appareils anciens entraînent une sous-détection de 15 à 22 %. Les scanners de plus de dix ans présentent, selon le NHS, près de trois fois plus de pannes. En France, l'IGAS³ note que, dans plusieurs hôpitaux, jusqu'à 22 % des séjours incluant de l'imagerie sont prolongés d'une journée ou plus en raison d'une indisponibilité ou d'une saturation. Il existe aussi un effet pervers majeur sur le déploiement de l'intelligence artificielle. Les algorithmes d'IA sont entraînés sur des images issues d'équipements récents. Appliqués à des appareils anciens, leur sensibilité et leur spécificité se dégradent significativement, annulant une partie des gains attendus. Vouloir bénéficier de l'IA sans renouveler le parc, c'est donc entretenir une contradiction structurelle. On ne peut pas demander à la radiologie libérale d'investir dans l'innovation, tout en fragilisant le modèle économique qui rend cet investissement possible. La radiologie libérale n'est pas une variable d'ajustement : c'est un levier médical d'efficacité et de pertinence du système de santé.

→ Les inégalités territoriales se creusent, notamment en matière d'accès aux équipements radiologiques. Les choix économiques et réglementaires actuels aggravent-ils directement la fracture territoriale en imagerie ?

Oui, et c'est l'un des constats les plus préoccupants de notre rapport, car cette fracture n'est pas unique : elle se cumule en plusieurs dimensions. Il y a d'abord la fracture territoriale : les délais d'accès à l'IRM varient d'un rapport de 1 à 3 entre départements, avec des zones urbaines à moins de 10 jours et des zones rurales dépassant 30 à 45 jours selon la Drees⁴. Il y a ensuite la fracture socio-économique : les populations les plus modestes cumulent distance au plateau technique, délais longs et accès à des équipements plus anciens. Il y a la fracture technologique : une IRM de 2005 n'offre tout simplement pas les performances d'un modèle de 2020. Enfin, il y a la fracture professionnelle : Paris dépasse 35 radiologues pour 100 000 habitants, quand certains départements ruraux tombent sous les 5 pour 100 000. Une réduction tarifaire uniforme – et c'est toute la perversité du "rabort" – frappe d'abord les territoires où les marges sont les plus

IMAGERIE MÉDICALE : UN CHOIX DE POLITIQUE PUBLIQUE

Au-delà de sa fonction diagnostique, l'imagerie médicale révèle les choix fondamentaux d'une politique de santé. Publié en mars dernier, le rapport de l'Institut Sapiens^{*} met en lumière un point central : la manière dont elle est financée et régulée conditionne l'équilibre du système tout entier. Du point de vue des politiques publiques, elle se situe au croisement de trois impératifs souvent présentés comme contradictoires : la maîtrise des dépenses, l'égalité d'accès et la qualité des soins. L'analyse proposée estime, au contraire, que ces objectifs peuvent converger lorsque l'imagerie est appréhendée comme un investissement structurant, et non comme une simple dépense de fonctionnement. Sa fonction est décisive, car elle favorise des orientations plus pertinentes, limite les ruptures de parcours et contribue à une utilisation plus efficiente des ressources. Les choix d'investissement demeurent toutefois politiquement sensibles. Restreindre l'offre peut sembler vertueux à court terme, mais expose à des effets différés, dont une saturation hospitalière, un creusement des inégalités territoriales et une dégradation des résultats de santé. L'expérience internationale met en évidence cette tension persistante entre logique budgétaire immédiate et rationalité de long terme. En creux, une question demeure : l'imagerie est-elle une dépense médicale ou une infrastructure stratégique de santé publique ? Derrière le financement de l'imagerie se joue finalement la capacité du système de santé à diagnostiquer plus tôt, traiter plus efficacement et réduire durablement les inégalités d'accès aux soins.

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

« DERRIÈRE LES ÉCONOMIES IMMÉDIATES SE CACHENT DES SURCOÛTS DIFFÉRÉS, DES RETARDS DIAGNOSTIQUES ET UNE AGGRAVATION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES. INVESTIR DANS L'IMAGERIE AUJOURD'HUI, C'EST PRÉSERVER À LA FOIS LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ DEMAIN. »

faibles et où les solutions alternatives sont inexistantes. Un cabinet libéral situé dans une zone fragile, sans masse critique suffisante pour absorber une baisse de revenus, ferme, se désengage ou renonce à investir. La spécialité se concentre alors davantage dans les métropoles. Les déserts diagnostiques s'étendent. Et les patients les plus éloignés du soin deviennent aussi ceux qui accèdent le plus tard au diagnostic. Les conséquences cliniques sont mesurables. Dans les départements les moins dotés, les études de la Drees et de l'INCa⁵ montrent entre 12 et 18 % de stades avancés supplémentaires en cancérologie, 15 % d'AVC avec séquelles neurologiques majeures, et une mortalité évitable supérieure de 9 à 14 %. Ces écarts ne relèvent pas du hasard : ils sont corrélés aux délais diagnostiques. En imagerie, la fracture territoriale n'est pas seulement une inégalité d'accès, c'est une inégalité de chances.

→ La prévention et le dépistage, notamment pour le cancer du sein et du poumon, placent l'imagerie au cœur des politiques de santé publique. La France investit-elle suffisamment dans cette logique de médecine précoce ?

Non, et le décalage avec plusieurs de nos voisins européens est documenté. La logique est pourtant claire : un diagnostic à un stade précoce multiplie par deux ou trois les chances de survie à cinq ans en cancérologie et réduit de 30 à 70 % le coût global du traitement. Ce n'est pas une promesse théorique : c'est ce que démontrent les études de grande ampleur. Pour le cancer du sein, les programmes associant mammographie, échographie complémentaire et IRM chez les femmes à haut risque ont montré leur capacité à réduire significativement la mortalité spécifique. L'IRM mammaire détecte des lésions millimétriques qu'une mammographie seule peut méconnaître, avec une sensibilité supérieure à 90 % en contexte de risque élevé. Pour le cancer du poumon, les études NLST et NELSON ont établi que le scanner thoracique basse dose réduit de 20 à 25 % la mortalité spécifique chez les fumeurs à haut risque. Ces résultats ont conduit plusieurs pays à déployer des programmes nationaux de dépistage organisé. La France, elle, n'a pas encore structuré de programme national de dépistage du cancer bronchopulmonaire à l'échelle requise. Plus largement, l'IA diagnostique ouvre des perspectives très concrètes de dépistage opportuniste. Un scanner thoraco-abdominal réalisé pour une autre

indication peut désormais calculer automatiquement un score calcique coronaire, quantifier la densité osseuse ou identifier des anomalies précoces, sans examen supplémentaire ni irradiation additionnelle. Ces capacités restent insuffisamment valorisées. Le potentiel est considérable, mais il demeure freiné par les contraintes de financement et les prudenances réglementaires. La France dispose des outils pour bâtir une médecine plus précoce, mais elle n'a pas encore construit le modèle économique permettant de les déployer pleinement.

→ L'intelligence artificielle est souvent présentée comme une réponse aux tensions démographiques et organisationnelles. Relève-t-elle d'une véritable promesse d'efficience économique pour la radiologie libérale... ou risque-t-elle de créer de nouveaux coûts et déséquilibres ?

L'IA constitue une transformation réelle, mais il faut sortir des deux récits simplistes : le techno-optimisme qui la présente comme une solution miracle, et la méfiance qui la réduit à une menace pour les professionnels. Notre rapport distingue d'ailleurs clairement l'IA embarquée dans les équipements et l'IA diagnostique déployée sur des serveurs indépendants. Ce sont deux réalités très différentes sur le plan économique, organisationnel et territorial. Les bénéfices documentés sont solides. Dans la détection des nodules pulmonaires, l'IA augmente la sensibilité de 12 à 20 % tout en réduisant les faux positifs. En mammographie, la combinaison radiologue-IA dépasse les performances du radiologue seul comme celles de l'IA utilisée isolément. Sur le plan organisationnel, l'IA de tri automatique permet d'identifier les examens urgents – hémorragie, embolie pulmonaire, dissection aortique – et de réduire les délais de prise en charge de plusieurs dizaines de minutes. Ces gains sont mesurables, reproductibles et significatifs. Mais l'IA n'est pas gratuite, et c'est là que le débat économique doit être honnête. Elle nécessite des équipements récents, une formation continue, des licences, de la maintenance, des infrastructures numériques robustes et une organisation adaptée. La question de son financement reste toutefois entière dans le modèle libéral français. Si les tarifs ne permettent pas de couvrir ces investissements supplémentaires, l'IA ne sera déployée que dans les structures déjà capables d'en absorber le coût, creusant encore la fracture technologique entre grandes métropoles et territoires fragiles. Le risque n'est donc pas que l'IA soit mauvaise. Le risque est qu'une politique tarifaire inadaptée transforme un levier d'efficience en facteur d'inégalité. Pour la radiologie libérale, l'enjeu est clair : faire de l'IA un outil de qualité, de sécurité et d'équité d'accès, et non un marqueur supplémentaire de concentration territoriale et économique.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ National Health System

² Organisation de Coopération et de Développement Économiques

³ Inspection Générale des Affaires Sociales

⁴ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

⁵ Institut National du Cancer