

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 502 SEPTEMBRE 2026

Le journal de la



**LE
DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN
C'EST
TOUTE
L'ANNÉE.**



GRAND TÉMOIN

Yannick NEUDER,
député de l'Isère

PORTRAIT

Katia GIOBBINI,
radiologue à Narbonne

Pourquoi j'adhère à la FNMR ?

L'UNION FAIT LA FORCE !

Dans un système de soins sous tension permanente, la CNAM cherche à tout prix à réaliser des économies.

La CNAM est prête à imposer de nouvelles décisions arbitraires pour la radiologie.

Certaines décisions ont été évitées de justesse. D'autres seront à contrer.

Seuls les radiologues unis peuvent peser dans ce rapport de force qui se durcit d'année en année.

Adhérer à la FNMR, c'est se donner les moyens de se battre :

- Parce que la FNMR est le seul interlocuteur de la profession auprès des pouvoirs publics et des syndicats représentatifs.
- Parce que la FNMR défend l'avenir de la radiologie avec des équipements modernes.
- Parce que la FNMR propose des formations spécifiques pour les radiologues et leurs personnels
- Parce que la FNMR est la communauté des radiologues libéraux tournée vers l'avenir au service de la qualité de la prise en charge du patient.

« Les pouvoirs publics s'attaquent à ceux qui sont éclatés et divisés. Vous devez vous organiser pour montrer votre force. »

Philippe VIGIER, député
20 juin 2025
au Congrès Imagine 2025

Soyons unis, soyons forts !

J'ADHÈRE À LA FNMR





« LA MÉDECINE
LIBÉRALE – ET LA
RADIOLOGIE EN
PARTICULIER – RESTE
TRAITÉE EN VARIABLE
D'AJUSTEMENT
PLUTÔT QU'EN ACTEUR
INCONTOURNABLE DU
SYSTÈME DE SANTÉ »

Dr Éric CHAVIGNY
Président de la FNMR

Un été qui n'a rien d'une trêve

Le groupe de travail indépendant sur les forfaits techniques a rendu son rapport. Il reconnaît plusieurs charges jusque-là absentes du calcul des forfaits techniques : un nombre plus important de manipulateurs et de personnels à prendre en compte, le groupe froid des IRM, ainsi que le risque financier pris par les radiologues qui investissent dans les plateaux techniques. Il préconise l'ouverture d'une discussion entre la CNAM, la FNMR, le SRH et le CNP des manipulateurs d'électroradiologie.

L'été n'aura offert aucun répit à la radiologie libérale. Trois textes, parus fin juillet et début août, illustrent la place réservée à notre spécialité dans l'organisation des soins.

Le 5 août, le *Journal officiel* fixait à 10 260 le nombre de postes d'internes ouverts pour 2026-2027, contre 8 919 l'an dernier, soit +15 %.

Une « progression inédite », selon le ministère. Mais quand la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la médecine cardiovasculaire progressent de 18 à 20 %, l'imagerie médicale doit se contenter d'une poignée de postes supplémentaires. Un choix difficilement compatible avec son rôle en première ligne du dépistage des cancers et du diagnostic précoce.

Le 1^{er} août, un décret redessina la gouvernance territoriale de la santé : un comité de l'accès aux soins de premier recours par département, coprésidé par le préfet, le président du conseil départemental et le directeur départemental de l'ARS. Les médecins libéraux, pourtant piliers de l'offre de soins de proximité, en sont absents – une anomalie soulignée par plusieurs organisations syndicales.

Enfin, un projet de décret étendrait le régime simplifié des professions médicales aux médecins dont le chiffre d'affaires est inférieur à 80 000 euros, transférant à l'URSSAF une part du recouvrement aujourd'hui assuré par la CARMF (environ un quart des cotisants concernés). La CARMF évalue le surcoût de gestion à 40 %, à la charge des cotisants, avec un risque de perte d'autonomie et de recettes pour notre régime de retraite.

Formation insuffisante, gouvernance qui nous ignore, retraite fragilisée : la médecine libérale – et la radiologie en particulier – reste traitée en variable d'ajustement plutôt qu'en acteur incontournable du système de santé. La FNMR ne se contentera pas de le constater : sur les forfaits techniques comme sur ces trois textes, elle portera cette exigence de cohérence à chaque étage, jusqu'à ce que la place de notre spécialité soit enfin reconnue à la hauteur de son rôle.

6

Charges et produits : des économies... à quel prix ?

ACTUALITÉ



9

Yannick NEUDER, député de l'Isère : « La santé doit redevenir une grande politique régaliennne »

GRAND TÉMOIN



10

Katia GIOBBINI : la liberté comme engagement

PORTRAIT



12

Cancer du sein : faire du dépistage une priorité budgétaire

DOSSIER



26

Mammographie : mieux mesurer pour mieux dépister

DOSSIER



**Le Médecin
Radiologue
libéral**

NUMÉRO **502** SEPTEMBRE 2026

3 Édito

5 Brèves

7 Charges et produits 2027 : ce que le rapport de la CNAM ne dit pas

11 Dépistage organisé du cancer du sein : la fin du modèle universel ?

14 Radiologues libéraux : préserver le dépistage, transformer le modèle

24 Olatoyé KOTCHIKPA, sociologue et chercheur : « Il faut aller vers les femmes les plus éloignées du dépistage organisé »

28 Suivi après cancer : les enseignements de Sénolog

30 Nicolas SCOTTÉ, directeur général de l'Institut national du cancer : « Moderniser sans renoncer à la qualité »

31 Philippe BERGEROT, président de la Ligue nationale contre le cancer : « La proximité est la clé pour réduire les inégalités »

32 Associations de patientes : rétablir la confiance, relancer le dépistage

38 CA de la FNMR – 20 juin 2026

41 Secteur 2 et remplacement : ce que les jeunes radiologues doivent savoir

42 Loisirs

43 Petites annonces

Annonces : Labelix p. 23 – Forcomed p. 29

Directeur de la publication
Dr Éric CHAVIGNY

Rédacteur en chef
Dr Paul-Marie BLAYAC

Président
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 – 15 000 AURILLAC
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022
ISSN 3073-5343



BAISSES TARIFAIRES : LA DEUXIÈME VAGUE D'ÉCONOMIES FRAPPE L'IMAGERIE

La deuxième étape du plan d'économies sur l'imagerie médicale est entrée en vigueur le 1^{er} juillet. En l'absence d'accord conventionnel entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux, l'UNCAM a appliqué les baisses tarifaires prévues. Les forfaits techniques des scanners, des IRM et des TEP diminuent ainsi de 10 % pour les équipements non amortis et de 5 % pour les équipements amortis.

La décote concerne également plusieurs actes de radiologie conventionnelle, d'échographie et de médecine nucléaire. Aux côtés de la Fédération nationale des médecins radiologues, les organisations représentatives de la profession alertent sur les conséquences de cette décision pour l'investissement et le renouvellement du parc d'imagerie, et redoutent un impact délétère sur l'accès aux examens. L'Assurance Maladie maintient néanmoins sa trajectoire, estimant ces économies nécessaires à la maîtrise des dépenses de santé.

NB : le protocole imagerie, appliqué en novembre dernier, prévoit au moins 300 millions d'euros d'économies sur la période 2025-2027. D'autres baisses tarifaires interviendront en janvier prochain.

EXERCICE COMPLÉMENTAIRE : UN NOUVEAU CADRE POUR LES MÉDECINS

Un décret publié mi-juillet instaure un droit d'exercice complémentaire permettant aux médecins de faire reconnaître officiellement une surspécialité ou une expertise particulière exercée en complément de leur spécialité principale. Le dossier devra être adressé au conseil départemental de l'Ordre, accompagné des justificatifs de formation et d'expérience. Une commission nationale de qualification examinera ensuite la demande selon un référentiel dédié. Le conseil départemental disposera enfin d'un délai maximal de douze mois pour statuer. Le texte remplace le dispositif d'extension de droit d'exercice instauré en 2012.



PANORAMA DES CANCERS : UN ÉTAT DES LIEUX ACTUALISÉ

La nouvelle édition du Panorama des cancers de l'INCa, publiée début juillet, confirme le poids croissant de la maladie en France. En 2023, 433 136 nouveaux cas ont été diagnostiqués, dont 245 610 chez les hommes et 187 526 chez les femmes, tandis que 164 314 décès ont été recensés. La publication intègre également les résultats de l'étude EPI-AJA sur les 15-39 ans et met en lumière le futur registre national des cancers, créé par la loi du 30 juin 2025. L'INCa présente ce registre comme un outil majeur pour renforcer la surveillance épidémiologique, faciliter la recherche et améliorer l'évaluation des politiques publiques de lutte contre les cancers.



CERTIFICATION HDS : LE PARLEMENT PLAIDE POUR UNE CLAUSE DE SOUVERAINETÉ

Dans son rapport publié début juillet, la commission d'enquête parlementaire sur

les dépendances numériques recommande d'intégrer une « clause de souveraineté » à la certification des hébergeurs de données de santé (HDS). L'objectif est de réserver ce label aux acteurs contrôlés par des capitaux européens et hébergeant les données au sein de l'UE, à l'image des exigences du référentiel SecNumCloud. Cette mesure doit permettre de mieux protéger les données de santé face aux législations extraterritoriales, mais aussi de réduire la dépendance aux grands fournisseurs non européens. Elle s'inscrit dans une réflexion plus large sur la souveraineté numérique et la résilience des infrastructures de santé.

PROTECTION SOCIALE : UNE MISSION POUR PRÉPARER L'APRÈS-2027

Le 30 juin dernier, Emmanuel Macron a mandaté quatre experts* pour proposer des scénarios de refonte du financement de la protection sociale. Leur rapport est attendu avant la fin de cette année, dans un contexte marqué par une aggravation du déficit de la Sécurité sociale, désormais estimé à 23,4 milliards d'euros, contre 19,4 milliards anticipés lors du vote du budget. La mission devra examiner les conséquences du vieillissement démographique, de la dépendance, des évolutions du marché du travail et de la transition numérique. Ses conclusions pourraient alimenter les débats sur la soutenabilité du modèle social français, à l'approche de la prochaine élection présidentielle.

(*) Hippolyte d'Albis, Marianne Kermaol-Berthomé, Pierre Ricordeau et Alexandra Roulet.

Charges et produits Des économies... à quel prix ?



Dans son nouveau rapport Charges et produits, la CNAM formule quarante propositions pour économiser 3,9 milliards d'euros en 2027. Prévention, pertinence et efficience constituent les piliers de cette stratégie, qui conforte le rôle de la radiologie dans le dépistage et les parcours de soins, tout en ravivant les interrogations sur les conséquences des récentes baisses tarifaires.

Dévoilé début juillet, le dernier rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie¹ comporte quarante propositions qui esquissent les contours du futur projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Face à un déficit estimé à 13,8 milliards d'euros en 2026, la Cnam vise 3,9 milliards d'euros d'économies en 2027. La stratégie est structurée autour de trois priorités : renforcer la prévention, fluidifier les parcours de soins et garantir le "juste soin au juste prix". La montée des maladies chroniques, le vieillissement démographique et les contraintes financières alimentent cette réflexion. Pour la CNAM, la prévention constitue le levier le plus puissant. Généralisation du Nutri-Score, intensification des dépistages, lutte contre le tabagisme et interventions précoces auprès des enfants figurent parmi les mesures emblématiques de son programme. « Rien ne sera possible sans un investissement massif dans la prévention, clé de voûte d'un système de santé sobre, solidaire et performant », souligne Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM. L'ambition est claire : améliorer durablement l'état de santé de la population, tout en maîtrisant la hausse naturelle des dépenses.

→ PRÉVENIR POUR ÉCONOMISER

Sans mentionner explicitement la radiologie libérale, plusieurs orientations du rapport concernent directement l'imagerie médicale. La CNAM souhaite notamment intensifier le dépistage de la BPCO dans le cadre du programme IMPULSION consacré au cancer

du poumon et accroître la participation aux campagnes de dépistage organisé, dont celui du cancer du sein. Elle préconise également une prise en charge plus précoce des patients atteints de maladies chroniques ainsi qu'une meilleure articulation entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Considérée comme un pilier du parcours de soins, la médecine de ville doit permettre d'accompagner les patients « au bon endroit et au bon moment ». Le rapport met également l'accent sur la pertinence des prises en charge et l'efficience des dépenses de santé. Ces recommandations interviennent toutefois dans un contexte tendu pour l'imagerie médicale, marqué par plusieurs baisses tarifaires successives. Pour les radiologues, elles soulèvent une question critique, celle de la capacité des cabinets à poursuivre leurs investissements et à préserver une offre de proximité sur l'ensemble du territoire. En toile de fond, les enjeux de diagnostic précoce, de dépistage organisé et de rapidité d'accès aux examens demeurent essentiels pour répondre aux objectifs affichés par l'Assurance Maladie.

→ UNE ÉQUATION SOUS TENSION

La Fédération nationale des médecins radiologues conteste l'analyse économique présentée dans le rapport. Selon elle, les données mobilisées reposent sur l'exercice 2023 et n'intègrent pas les baisses tarifaires de 8 % appliquées en novembre 2025 puis de 10 % au 1er juillet 2026, auxquelles pourrait s'ajouter une nouvelle réduction en janvier 2027. L'organisation est formelle : aucune mesure supplémentaire ne devrait être engagée avant une évaluation circonstanciée de leurs effets sur les cabinets. Elle réclame aussi un audit indépendant du coût réel des équipements d'imagerie et une meilleure reconnaissance de la contribution de la radiologie au dépistage des cancers. Pour Éric Chavigny, président de la FNMR, « le rapport Charges et produits reflète une réalité qui n'est plus celle d'aujourd'hui ». Il rappelle que les radiologues financent eux-mêmes leurs équipements lourds et met en garde contre de nouvelles réductions tarifaires susceptibles de fragiliser les structures de proximité. « La radiologie n'est pas une dépense, mais un investissement en santé publique », affirme-t-il. À ses yeux, les économies doivent d'abord s'appuyer sur la pertinence des actes, le diagnostic précoce et les stratégies de dépistage. La FNMR défend ainsi une approche alternative fondée sur le principe du « bon examen, au bon moment, pour la bonne indication » et se dit prête à poursuivre le dialogue avec l'Assurance Maladie, afin de conjuguer maîtrise des dépenses, qualité des prises en charge et égalité d'accès aux soins. ●

Jonathan ICART

¹ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2027 », Assurance Maladie (juillet 2026).

Charges et produits 2027

Ce que le rapport de la CNAM ne dit pas

Comment apprécier la situation économique de la radiologie libérale ? L'analyse menée par la FNMR met en perspective plusieurs indicateurs clés et leurs limites d'interprétation.

Le 2 juillet dernier, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) a publié son rapport Charges et produits pour 2027, document qui sert traditionnellement de socle aux arbitrages budgétaires précédant le PLFSS. La FNMR a soumis ce rapport à un examen critique approfondi, formalisé dans un document de synthèse, une note d'analyse interne et une note transmise aux parlementaires. Cet examen met en évidence plusieurs limites méthodologiques et appelle à une lecture plus nuancée des chiffres avancés.

→ DES BIAIS MÉTHODOLOGIQUES

L'analyse de la FNMR identifie plusieurs biais dans la construction du périmètre retenu par le rapport :

- l'exclusion du périmètre mono-activité, qui écarte une partie représentative de l'exercice radiologique de terrain ; une surreprésentation des grands groupes consolidés dans l'échantillon analysé ; l'absence de distinction entre secteur 1 et secteur 2, qui gomme des réalités économiques pourtant très différentes ;
- l'absence de toute analyse spécifique des groupements d'intérêt économique (GIE), pourtant structurants dans l'organisation territoriale de l'imagerie ;
- des données antérieures aux baisses tarifaires déjà mises en œuvre, ce qui aboutit à une photographie économique obsolète au moment même de sa publication.

→ AU-DELÀ DES MARGES

Le rapport met en avant une rentabilité nette de 9,4 % pour la radiologie – la plus basse de l'ensemble des spécialités médicales étudiées. Ce chiffre, aussi bas soit-il, ne suffit pourtant pas à rendre compte de la réalité économique du secteur. La FNMR rappelle qu'un autre indicateur, plus représentatif du poids des investissements lourds et récurrents propres à l'imagerie médicale, s'établit à 13,2 % : c'est celui-ci qui devrait servir de référence dans les discussions tarifaires. Un point mérite d'être souligné : en imagerie



libérale, cette rentabilité ne constitue pas une rémunération au sens où on l'entend habituellement. Elle correspond à la capacité des radiologues à investir, car ce sont eux qui doivent financer, sur ces marges, leurs locaux et leurs équipements lourds. Réduire cette rentabilité revient donc directement à réduire la faculté du secteur à investir et à se renouveler.

→ 3 % DES DÉPENSES

L'argument central du document porte sur une discordance : l'imagerie médicale occupe une place centrale dans le parcours de soins, alors que son poids dans les dépenses de santé reste marginal. Elle représente environ 3 % des dépenses de santé, soit 6 milliards d'euros sur un total de 265 milliards

d'euros. Ce déséquilibre interroge la pertinence d'une politique qui, depuis plusieurs années, ne s'appuie que sur la baisse des tarifs pour tenter de contenir la croissance des dépenses d'imagerie. Or cette approche ne réduit pas les dépenses de santé dans leur ensemble : elle génère, en aval, des dépenses supplémentaires liées aux traitements plus lourds, aux hospitalisations et aux arrêts de travail consécutifs à des diagnostics tardifs. La baisse des tarifs d'imagerie déplace ainsi la dépense plutôt qu'elle ne la supprime, avec un effet potentiellement contre-productif sur l'équilibre global du système de santé.

→ LE MESSAGE EST PASSÉ

La FNMR n'en est pas restée à une publication : cette lecture critique a été directement portée auprès des députés, des sénateurs, ainsi que de Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM. Ce dernier a confirmé qu'il n'y aurait pas de baisses supplémentaires, au-delà de celles déjà prévues dans le protocole imagerie. Le rapport Charges et produits 2027 ne peut être interprété sans tenir compte des limites méthodologiques qui influencent son périmètre et les indicateurs retenus. Portés directement auprès des parlementaires et de la direction de la CNAM, les travaux de la FNMR ont permis d'obtenir une clarification importante : l'absence de "nouvelles" baisses tarifaires en plus de celles prévues pour janvier 2027. La vigilance reste toutefois de mise pour les arbitrages à venir, afin que les décisions budgétaires reposent sur une appréciation complète de l'économie de la radiologie et de sa contribution au parcours de soins. ●

Dr Éric CHAVIGNY,
président de la FNMR

« La santé doit redevenir une grande politique régaliennne »

Dans une interview exclusive, Yannick Neuder analyse les mutations qui replacent la santé au cœur des préoccupations des Français. Prévention, accès aux soins, équité territoriale, innovation et planification de long terme : il plaide pour une politique de santé pensée comme un enjeu majeur de cohésion nationale.

→ Vous dites que la santé sera un critère déterminant du vote pour la prochaine élection présidentielle. Comment expliquez-vous ce basculement devant des thèmes traditionnellement dominants comme le pouvoir d'achat, l'emploi ou la sécurité ?

Nous assistons à une transformation profonde des préoccupations des Français. Longtemps considérée comme une politique publique parmi d'autres, la santé est devenue un marqueur concret de qualité de vie, d'égalité territoriale et de cohésion sociale. Les dernières élections municipales l'ont bien montré : la quasi-totalité des candidats ont intégré un volet santé dans leur programme, preuve que cette question occupe désormais une place prépondérante dans le débat public. Cette évolution s'explique par des difficultés de plus en plus visibles : absence de médecin traitant, délais d'attente pour consulter un spécialiste ou accès compliqué à certains examens. Lorsque les habitants constatent le recul des services de proximité, c'est leur confiance dans l'action publique qui se fragilise. La santé est également devenue un facteur majeur d'attractivité. Une famille comme une entreprise hésitent à s'implanter là où l'offre de soins est insuffisante. C'est pourquoi elle doit, selon moi, s'imposer comme un véritable sujet présidentiel, porté au plus haut niveau de l'État.

→ L'accès aux soins reste très inégal selon les territoires, notamment en imagerie médicale. Comment garantir un accès rapide, équitable et durable aux soins dans notre pays ? Incitation ou coercition : quelle est la bonne méthode ?

Un problème aussi complexe appelle des réponses plus nuancées que la seule coercition. Il ne serait ni juste ni efficace de demander à de jeunes professionnels de suivre un parcours de formation exigeant avant de restreindre leur liberté d'installation ou d'exercice. Une telle logique risquerait davantage de décourager les vocations que de résoudre les difficultés d'accès aux soins. La clé réside dans une approche fondée sur deux grands principes : créer un environnement favorable à l'installation et adapter les réponses aux réalités locales.

YANNICK NEUDER,
député de l'Isère



Les besoins diffèrent selon les territoires. Il faut soutenir les projets de proximité, offrir davantage de visibilité aux praticiens et accompagner les initiatives qui renforcent durablement l'offre de soins. L'imagerie médicale illustre parfaitement cet enjeu. Dans de nombreux territoires, l'accès à l'IRM ou au scanner repose sur des radiologues libéraux qui investissent dans des équipements coûteux, créent des emplois qualifiés et assument un véritable risque entrepreneurial. Préserver cette capacité d'investissement est indispensable pour garantir un maillage équilibré et un accès rapide aux examens.

→ Les baisses tarifaires sur les forfaits techniques font débat depuis plusieurs mois. Comment concilier maîtrise des dépenses, qualité des soins et accès aux équipements innovants ? Quelle place pour la pertinence des actes dans cet arbitrage ?

La maîtrise des dépenses constitue une exigence légitime, mais elle ne peut se faire au détriment de l'innovation, de la qualité des soins ou de l'accès aux équipements. Derrière chaque IRM, chaque

scanner et chaque plateau technique se trouvent des investissements lourds, des équipes expertes et une offre de proximité qui doit être préservée. La pertinence doit rester notre principal repère. Cela suppose de réduire les examens inutiles, d'améliorer la coordination entre professionnels et de renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information pour éviter les redondances. La profession est pleinement engagée dans cette démarche d'efficacité et de qualité. Pour autant, la régulation ne peut se limiter à une approche strictement comptable. Elle doit intégrer la qualité des prises en charge, la sécurité des patients, l'accès à l'innovation et la contribution des radiologues à l'aménagement sanitaire du territoire. Corriger les dérives est légitime ; fragiliser une profession qui modernise en permanence l'offre de soins serait contre-productif.

→ **Vous proposez de loi doit permettre de renforcer le dépistage des risques et des pathologies cardiovasculaires. Quelles sont les priorités affichées et les leviers prévus ?**

L'ambition de cette proposition de loi est simple : détecter plus tôt pour mieux prévenir. Les maladies cardiovasculaires demeurent l'une des principales causes de décès et de handicap. Nous devons passer d'une logique essentiellement curative à une véritable stratégie d'anticipation. Cette démarche repose sur trois piliers : l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, le renforcement des rendez-vous de prévention pour mieux identifier les personnes à risque et le développement du dépistage en milieu professionnel, afin d'atteindre des publics parfois éloignés du suivi médical. Une fois les facteurs de risque détectés, il faut organiser un parcours de soins cohérent et réactif. L'imagerie médicale joue ici un rôle déterminant. Scanner coronaire, écho-doppler et autres examens spécialisés permettent d'identifier précocement certaines lésions avant la survenue d'un infarctus ou d'un AVC. Ce sont des choix qui produisent des bénéfices majeurs pour la santé publique.

→ **Vous insistez sur la nécessité de renforcer la prévention. Comment réorganiser le système de santé pour migrer vers une véritable stratégie préventive ?**

Nous devons engager un véritable changement de culture. Notre système est largement organisé autour du traitement de la maladie, alors que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques imposent une approche beaucoup plus préventive. La prévention doit devenir un pilier structurant de notre organisation sanitaire. Cette transition exige une mobilisation collective. Professionnels de santé, Assurance Maladie, complémentaires, collectivités, entreprises et associations doivent agir de manière coordonnée. La prévention ne doit plus être considérée comme un coût supplémentaire, mais comme un investissement durable aux bénéfices humains, sociaux et économiques démontrés.

Les radiologues occupent une place centrale dans cette transformation. Le dépistage organisé du cancer du sein en est un exemple concret. Son efficacité est largement établie, mais la participation demeure insuffisante et les délais d'accès parfois trop longs.

Il faut renforcer le maillage territorial, soutenir les équipements et reconnaître pleinement ces missions de santé publique. Demain, le dépistage du cancer du poumon pourrait suivre la même dynamique et mobiliser fortement l'expertise radiologique.

→ **Vous plaidez pour une politique de santé pluriannuelle. Comment dépasser les contraintes politiques et budgétaires actuelles pour inscrire cette vision dans la durée ?**

Notre principal défi est de penser la santé sur le temps long. Les effets d'une réforme, d'un investissement ou d'une politique de prévention se mesurent souvent sur plusieurs années, voire plusieurs décennies, alors que les arbitrages budgétaires sont principalement annuels. Nous devons donc nous doter d'une véritable loi de programmation pluriannuelle de la santé. Elle offrirait davantage de visibilité aux professionnels, aux établissements, aux industriels et aux investisseurs qui contribuent au développement de notre système de soins. Cette planification doit intégrer la formation, l'équipement des territoires, la prévention, l'innovation et la réduction des inégalités d'accès aux soins. Cette stabilité est particulièrement importante pour les spécialités qui reposent sur des investissements lourds, comme l'imagerie médicale. Lorsqu'un radiologue engage plusieurs millions d'euros dans un équipement de haute technologie, il doit pouvoir s'appuyer sur une visibilité suffisante pour sécuriser son projet. Nous devons sortir de la logique du court terme pour bâtir une vision de long terme et répondre durablement aux besoins de santé des Français.

→ **Selon vous, la santé doit redevenir une politique "régaliennne". Quelles sont les implications concrètes en matière de transformation des politiques publiques ?**

La santé relève pleinement des missions fondamentales de l'État. Au même titre que la sécurité ou la défense, elle participe directement à la protection des citoyens. Pourtant, elle ne bénéficie pas toujours du poids politique que son importance justifierait dans les arbitrages publics. Faire de la santé une politique régaliennne suppose d'abord d'en renforcer le pilotage. Cela implique un ministère capable de peser dans les décisions gouvernementales et de coordonner les politiques liées à la formation, à l'innovation, à la recherche, à l'aménagement du territoire et à la prévention. La santé ne peut plus être traitée comme un sujet sectoriel : elle doit irriguer l'ensemble des politiques publiques. L'État doit définir une orientation nationale claire, garantir l'équité entre les territoires et assurer la cohérence des investissements. Mais il doit aussi faire confiance aux acteurs de terrain. Les radiologues libéraux, comme l'ensemble des professionnels de santé, sont des partenaires essentiels du système. Leur capacité à investir, à innover et à maintenir une offre de proximité constitue un levier majeur pour répondre au vieillissement de la population, aux inégalités territoriales et aux tensions d'accès aux soins. Une politique régaliennne de santé doit pleinement reconnaître et soutenir cette contribution.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Katia GIOBBINI

La liberté comme engagement

L'indépendance comme boussole, l'innovation comme moteur, le patient comme horizon. De ses origines franc-comtoises aux instances de décision syndicale, Katia Giobbini incarne une radiologie libérale engagée, tournée vers la prévention, le dépistage et l'avenir de la profession.

Chez Katia Giobbini, personne ne portait la blouse blanche. Née en Franche-Comté, dans le pays de Montbéliard, elle grandit dans une famille d'origine italienne. Jeune expatrié, son père se démène pour bâtir, pierre après pierre, une importante entreprise de travaux publics, tandis que sa mère veille au foyer. De cette enfance, elle retient surtout le goût de l'effort, la ténacité et l'indépendance. « Mon père m'a donné cette fibre entrepreneuriale. Il me le disait tout le temps : il faut toujours rester indépendant. » Très tôt, elle souhaite exercer un métier qui conjugue responsabilité et liberté. Une fois nantie de son baccalauréat scientifique, elle intègre la faculté de médecine de Besançon. Les premières années lui permettent d'explorer plusieurs spécialités, sans véritable déclic. Celui-ci survient avec la radiologie. Elle y découvre une discipline médico-technique en constante mutation, au carrefour du diagnostic, de la science et de l'innovation. « Il y avait plus d'évolution dans la radiologie que dans d'autres spécialités. » Soucieuse de garder plusieurs portes ouvertes, elle complète sa formation par une maîtrise de sciences biologiques et médicales en pharmacologie, envisageant un temps une carrière dans l'industrie pharmaceutique. Il n'en sera rien.

→ LE CHOIX DU TERRAIN

Reçue à l'internat du Sud, Katia Giobbini se dirige vers Toulouse. Ces premières années forgent sa pratique et confirment son attrait pour une imagerie de terrain, au contact direct du soin. Elle prend toutefois le temps de tester son intuition, en effectuant six mois de disponibilité pour réaliser des remplacements à Toulouse, Albi ou Castres. « Je voulais être absolument sûre de ma décision. » L'expérience la conforte. Après son clinicat au CHU de Montpellier, où elle se forme en imagerie thoracique et en radiologie interventionnelle auprès du professeur Jean-Paul Sénac, et participe notamment au développement de techniques alors émergentes comme les embolisations utérines, elle opte définitivement pour le secteur libéral. Elle exerce douze ans du côté de Perpignan, avant de rejoindre Narbonne en 2012. Katia Giobbini travaille depuis dans un groupe qui compte quatorze associés et près de soixante-dix salariés répartis sur trois sites complémentaires : un grand cabinet de ville pour la radiologie conventionnelle, une clinique privée dotée de deux scanners et de deux IRM, et un centre hospitalier, celui de Lézignan-Corbières,



équipé d'un scanner et bientôt d'une IRM. C'est aussi là que se dessine véritablement sa spécialisation : l'imagerie de la femme, la sénologie, les biopsies et le diagnostic des cancers. « Je suis aussi très investie dans le dépistage organisé du cancer du sein, qui favorise une détection plus précoce des lésions et améliore les chances de guérison des patientes. » Une expertise devenue sa signature professionnelle.

→ UNE VISION POUR DEMAIN

Chez Katia Giobbini, l'engagement syndical prolonge naturellement l'exercice médical. Passée par l'Intersyndicale nationale des internes et le syndicat des chefs de clinique, elle s'implique rapidement au sein des instances représentatives de la profession. Là encore, la progression se construit par étape. Des responsabilités locales, puis régionales, la conduisent progressivement au secrétariat général de la FNMR. Elle est aussi présidente du syndicat départemental de l'Aude depuis deux ans. Sa conception du syndicalisme tient en une idée : agir plutôt que subir. Pour elle, défendre la radiologie libérale, c'est faire reconnaître une spécialité médicale technique, fortement investisseuse et encore insuffisamment comprise. « Le radiologue n'est pas seulement celui qui produit ou interprète une image : il accompagne, explique, annonce parfois, et contribue pleinement au parcours de soins. » Katia Giobbini porte également une conviction forte : l'imagerie médicale ne doit plus être considérée comme une simple dépense, mais comme un investissement de santé publique, notamment dans la prévention et le dépistage. « Sein, poumon, cœur, prostate... Les radiologues sont des acteurs de premier plan et doivent être reconnus comme tels. » Face à l'essor de l'intelligence artificielle et de la téléradiologie, elle plaide pour une radiologie augmentée, mais jamais déshumanisée. Son exigence reste intacte : « Il faut absolument garder le lien humain avec nos patients. » Le fil rouge de son action médicale, entrepreneuriale et syndicale. ●

Jonathan ICART

Dépistage organisé du cancer du sein La fin du modèle universel ?

Conçu pour réduire les inégalités face au cancer du sein, le dépistage organisé repose depuis plus de vingt ans sur un parcours commun pour toutes les femmes concernées. Mais la faiblesse de la participation, la diversité des réalités de terrain et la montée des approches fondées sur le risque individuel en révèlent désormais les limites.

Depuis vingt-deux ans, le dispositif repose sur une approche universelle et standardisée. Invitations adressées tous les deux ans, mammographies prises en charge sans avance de frais, double lecture systématique des clichés... Toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans sont éligibles au programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Sur le papier, tout semble réuni pour garantir une prévention efficace et limiter les inégalités de recours. Pourtant, les résultats observés sont plus contrastés. Année après année, la participation stagne et demeure en deçà des objectifs fixés par les autorités sanitaires (voir encadré). Le constat est implacable : moins d'une femme sur deux répond présente. Comment expliquer qu'un dispositif aussi structuré, gratuit et largement diffusé mobilise encore si peu ?

→ UNIVERSALITÉ NE VAUT PAS ADHÉSION

Les explications sont nombreuses et souvent imbriquées. Les raisons de cette faible adhésion sont bien identifiées : peur du diagnostic, appréhension de la mammographie, sentiment de ne pas être concernée. Mais la situation révèle également des logiques plus complexes : défiance envers les institutions, expériences médicales difficiles, rapport personnel au corps et au vieillissement ou encore circulation de

données contradictoires sur les bénéfices et les risques du dépistage, notamment autour du surdiagnostic. À ces dimensions individuelles se surajoutent des déterminants sociaux et territoriaux majeurs : précarité, isolement, absence de médecin traitant, éloignement des centres radiologiques et difficultés de mobilité. Derrière ce non-recours ne se cache pas uniquement la méconnaissance du programme ni de ses enjeux. Il existe un décalage manifeste entre une politique publique conçue selon les mêmes principes pour tous et des trajectoires de vie profondément différentes. Comme le montrent de nombreux travaux en sciences sociales, la gratuité ne vaut pas automatiquement appropriation. L'égalité d'accès ne se traduit pas nécessairement par une égalité de participation.

→ DU DÉPISTAGE DE MASSE AU DÉPISTAGE PERSONNALISÉ ?

Sur le terrain, les radiologues libéraux sont en première ligne. Acteurs essentiels du programme, ils en assurent le déploiement quotidien, tout en guidant des patientes aux attentes, aux interrogations et aux réticences de plus en plus diverses. Leur expérience met en évidence les fragilités du modèle, mais aussi plusieurs pistes d'amélioration : renforcement des accompagnements, pédagogie adaptée, initiatives de proximité et actions ciblées auprès des publics les plus éloignés. Les associations de patientes jouent également un rôle important pour diffuser une information accessible et toucher celles qui échappent encore aux dispositifs habituels. Au-delà de ces ajustements, la philosophie même du dépistage de masse est interrogée par le développement de la médecine personnalisée, la stratification des risques et les progrès technologiques, notamment dans le domaine de l'intelligence artificielle. Plusieurs études internationales évaluent actuellement des stratégies de dépistage fondées sur les antécédents familiaux, la densité mammaire ou les facteurs génétiques. Ces approches pourraient permettre de moduler la fréquence et les modalités des examens en fonction du niveau de risque individuel. Une telle évolution soulève néanmoins des questions organisationnelles pour les cabinets de radiologie, qui devront concilier personnalisation des parcours, équité d'accès et soutenabilité des ressources.

Faut-il conserver un dépistage identique pour toutes ou basculer vers des stratégies adaptées au profil de risque de chacune ? Dans les pages qui suivent, radiologues, sociologues, institutionnels et associations de patientes détaillent leurs analyses et leurs propositions pour redynamiser un programme de santé publique en quête d'un nouveau souffle. ●

Jonathan ICART

DES RÉSULTATS INSUFFISANTS

Malgré des variations annuelles, les taux de participation demeurent nettement inférieurs au seuil de 70 % retenu au niveau européen.

Taux standardisé de participation

2023 : **48,6 %**

2024 : **44,0 %**

2025 : **47,4 %**

Taux glissant de participation

2022-2023 : **46,7 %**

2023-2024 : **46,3 %**

2024-2025 : **45,6 %**

Cancer du sein

Faire du dépistage une priorité budgétaire



Le Livre Blanc de la SIFEM dresse un constat sans équivoque : plus un cancer du sein est diagnostiqué tôt, plus le bénéfice est grand, pour les patientes comme pour les finances publiques. Investir dans le diagnostic précoce permet de sauver des vies, de prévenir des traitements lourds et de limiter les dépenses de santé. Une démonstration qui fait du dépistage un investissement plutôt qu'un coût.

En santé, le court terme a toujours un prix. Le Livre Blanc publié par la SIFEM¹, en juin dernier, rappelle une réalité que nous, radiologues, constatons chaque jour : un cancer du sein diagnostiqué tôt coûte infiniment moins cher à traiter, humainement comme financièrement. Le chiffre est sans appel : 10 600 € pour un stade I, 93 400 € pour un stade IV, soit un rapport de 8,8. Et le recul de participation observé ces dernières années n'est pas neutre : il est associé, selon les mêmes travaux, à environ 190 cancers supplémentaires détectés à un stade plus avancé. Ce constat doit changer notre façon de parler du dépistage organisé. Année après année, il est traité comme une dépense de soins ordinaire, soumise aux mêmes arbitrages budgétaires que les actes

« JE PRÉCONISE LA CRÉATION D'UNE ENVELOPPE PRÉVENTION DÉDIÉE AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, DISTINCTE DE L'ENVELOPPE SOINS ET PROTÉGÉE DES ARBITRAGES ANNUELS DE L'ONDAM »

curatifs. C'est une erreur de cadrage. Le dépistage n'est pas une dépense : c'est un investissement de santé publique, dont le rendement se mesure en vies sauvées, en traitements évités et en économies différées sur le système de soins.

→ INVESTIR PLUTÔT QUE SUBIR

Le Livre Blanc de la SIFEM documente une réalité de terrain. Le dépistage organisé représente une dépense totale de 235 millions d'euros par an, pour un revenu net d'environ 7 € par acte de mammographie pour le radiologue qui le réalise. L'acte a perdu 31 % de sa valeur réelle une fois l'inflation prise en compte. Une érosion encore accentuée, selon les radiologues interrogés dans le sondage SIFEM, par la récente baisse de cotation de 20 %. Cette dégradation



tarifaire entraîne un effet mécanique : elle pousse les centres à se détourner de la sénologie, activité jugée peu rentable, au moment même où la démographie se tend – 41 % des radiologues ont plus de 60 ans, 15 % des centres libéraux ont fermé en dix ans – et où les délais d'accès à la mammographie s'allongent, atteignant parfois dix-huit mois dans certains territoires. Nous demandons depuis longtemps une revalorisation de l'acte de dépistage ; les travaux de la SIFEM lui apportent un fondement chiffré supplémentaire, et je m'en félicite.

→ SORTIR DE LA LOGIQUE COMPTABLE

La revalorisation tarifaire est nécessaire, mais elle ne suffira pas. Tant que le dépistage du cancer du sein restera financé dans la même enveloppe que les soins curatifs, il restera une variable d'ajustement budgétaire. Or son sous-financement se paie quelques années plus tard en stades avancés et en coûts de traitement plus élevés. Je préconise donc la création d'une enveloppe prévention dédiée, distincte de l'enveloppe soins et protégée des arbitrages annuels de l'ONDAM². Le diagnostic précoce ne doit plus être fragilisé par des mécanismes de régulation pensés pour les dépenses curatives. Nous avons porté cette proposition auprès de Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM³. Je comprends les contraintes budgétaires auxquelles l'Assurance Maladie est confrontée, mais je le dis clairement : si nous voulons maîtriser durablement les dépenses de santé, c'est dans le dépistage du cancer du sein, et plus largement dans l'imagerie médicale, que la collectivité doit investir. Le Livre Blanc de la SIFEM le confirme : en matière de diagnostic, le sous-investissement finit toujours par coûter plus cher.

→ PRÉSERVER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE

Sur le fond, les données rassemblées par la SIFEM confortent notre ligne : un dépistage médicalisé, avec un radiologue présent – examen clinique, bilan diagnostic immédiat, échographie pour les seins denses – demeure le modèle le plus performant, avec un taux de re-convocation de 1,1 %, contre 7 % ailleurs en Europe. La SIFEM ne valide pas non plus les Mammobus opérés sans radiologue, dont l'expérimentation francilienne montre une

détection quasiment divisée par deux : 4 cancers pour 1 000 sans radiologue, contre 7 pour 1 000 avec. Elle ne cautionne pas davantage le recours à une intelligence artificielle en lecture autonome, tout en reconnaissant sa valeur en triage de seconde lecture, sous réserve d'un encadrement indépendant et d'une dématérialisation généralisée. Ces positions rejoignent celles que la FNMR fait valoir depuis des années dans nos négociations avec la CNAM et dans nos échanges avec les rapporteurs du PLFSS⁴ : la qualité du dépistage repose sur la présence du radiologue, pas sur sa dilution.

→ AGIR SANS ATTENDRE

Tarification à la qualité de l'acte, formation des internes avec stages en libéral, plateforme nationale d'évaluation de l'IA, filière seins denses, extension progressive à 45 ans conditionnée à une stratification du risque... Le Livre Blanc de la SIFEM propose seize mesures concrètes. Je souhaite que la FNMR les défende, aux côtés de la SIFEM, auprès du Conseil National Professionnel de la radiologie, de l'INCa⁵ et des autorités de santé. Mais je veux insister sur un point qui nous revient plus directement, en tant que fédération nationale des radiologues libéraux : sans changement d'approche budgétaire et sans reconnaissance du dépistage comme un investissement à sanctuariser plutôt qu'une dépense à comprimer, les meilleures propositions organisationnelles seront inefficaces. Diagnostiquer tôt, c'est soigner moins et mieux. C'est aussi, au sens le plus concret du terme, faire des économies. Il est temps que notre système de financement en tire toutes les conséquences. ●

Dr Éric CHAVIGNY,
président de la FNMR

« SI NOUS VOULONS MAÎTRISER
DURABLEMENT LES DÉPENSES DE
SANTÉ, C'EST DANS LE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN, ET PLUS
LARGEMENT DANS L'IMAGERIE
MÉDICALE, QUE LA COLLECTIVITÉ
DOIT INVESTIR »

¹Société d'Imagerie de la Femme

²Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

³Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

⁴Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

⁵Institut National du Cancer

Sources : Livre Blanc SIFEM, « Le dépistage organisé du cancer du sein en France », synthèse de la journée Think Tank SIFEM, Montpellier, 3 juin 2026 ; sondage SIFEM auprès de 203 radiologues, mai 2026.

Radiologues libéraux

Préserver le dépistage, transformer le modèle

Participation en recul, modèle économique sous tension, pénurie de professionnels, essor de l'intelligence artificielle... Pour les radiologues libéraux, le dépistage organisé du cancer du sein doit se réinventer sans perdre son ADN : proximité, qualité et expertise médicale.

« RÉCONCILIER LES FEMMES AVEC LE DÉPISTAGE »



Dr Katia GIOBBINI,
présidente de la FNMR 11 (Aude)

Freins psychologiques, inégalités territoriales et carences informatives continuent de limiter la participation au dépistage organisé. Pour Katia Giobbini, la solution passe par davantage de proximité, de personnalisation et de reconnaissance du rôle des radiologues.

→ **Comprendre le décrochage.** « La participation nationale au dépistage organisé du cancer du sein stagne, voire recule légèrement depuis deux ans. En discutant avec les patientes, plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. Les principaux freins sont d'ordre psychologique, comme la perception d'un faible risque personnel, par exemple : "Je vais bien, je n'ai aucun symptôme", ou la crainte de l'examen, avec la peur d'avoir mal. D'autres obstacles sont plus concrets, notamment la prise en charge d'un proche dépendant, ou des contraintes professionnelles qui laissent peu de place à la prévention. La difficulté d'accès à un centre de radiologie n'est pas le premier facteur de non-participation. Elle revient néanmoins de plus en plus souvent dans les témoignages recueillis. Son impact varie selon les territoires : les délais d'accès à une mammographie sont plus longs en Bretagne ou dans le Centre de la France que dans les grandes métropoles. Par ailleurs, certaines femmes connaissent encore mal les bénéfices et les limites du dépistage organisé, tandis que la participation demeure particulièrement faible dans les populations les plus précaires. »

→ **La confiance comme levier.** « Le radiologue peut influencer la décision des femmes de participer au dépistage organisé du cancer du sein. Son premier rôle est de garantir la qualité de l'examen, grâce à l'acquisition des images, à l'intégration des innovations technologiques et à leur interprétation. Cette expertise contribue à renforcer la confiance des patientes dans le dispositif de dépistage. Mais son apport ne se résume pas à cet aspect. La relation humaine est tout aussi essentielle, car le radiologue est souvent le seul spécialiste rencontré dans ce parcours. Il doit être à l'écoute et expliquer clairement l'examen, ses bénéfices, ses limites et les résultats attendus. Son rôle est également médical. Il participe à l'évaluation du risque individuel, notamment grâce à l'analyse de la densité mammaire. Une information claire, associée à une prise en charge globale, peut lever certaines appréhensions. Associer davantage la patiente au déroulement de l'examen, en lui permettant notamment de réaliser elle-même la compression lors de l'acquisition des clichés, peut améliorer son acceptabilité et réduire les craintes qui l'entourent. »

→ **Donner un "juste prix" au dépistage.** « L'acte de mammographie n'a pas été revalorisé depuis plus de vingt ans. Un rééquilibrage économique tenant compte du coût actuel des mammographes intégrant la tomosynthèse, des kits de macrobiopsie et des logiciels d'intelligence artificielle est devenu indispensable. En vingt ans, le prix de ces équipements a été multiplié par quatre. Une mammographie au "juste prix" permettrait de préserver le maillage territorial et de maintenir des cabinets de proximité, dont beaucoup sont actuellement confrontés à des équilibres économiques extrêmement fragiles. Cette revalorisation permettrait également de consacrer davantage de temps aux patientes. Une mammographie de dépistage ne se limite pas à un acte technique. Elle s'apparente à une véritable consultation médicale, comprenant l'interrogatoire de la patiente, l'évaluation de son risque individuel et la réalisation d'un examen clinique. Elle inclut aussi l'explication des résultats et, lorsque la situation

l'exige, la mise en œuvre immédiate d'investigations complémentaires, avec échographie, clichés additionnels et organisation rapide de la prise en charge. Faute de reconnaissance économique adaptée, c'est la pérennité même du dépistage organisé qui pourrait être fragilisée. »

→ **Mieux cibler le risque.** « Le dépistage actuel s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans, indépendamment de leur profil de risque. Les outils numériques, tels que les SMS, les courriels ou la prise de rendez-vous en ligne, peuvent simplifier les démarches et limiter les oublis. Les relances personnalisées figurent parmi les leviers les plus efficaces pour améliorer la participation, qu'il s'agisse de lettres de rappel, d'appels téléphoniques ou de l'intervention du médecin traitant. Les initiatives de terrain contribuent également à renforcer l'adhésion, à travers des campagnes d'information

locales, l'action des associations de patientes ou des dispositifs ciblés vers les populations les plus vulnérables. Une approche davantage personnalisée, fondée sur le niveau de risque individuel, permettrait aussi d'améliorer l'efficacité du dépistage. Une surveillance plus rapprochée pourrait être proposée en présence de facteurs de risque, tels qu'une forte densité mammaire, des antécédents familiaux ou certains antécédents personnels. À l'inverse, un suivi moins contraignant pourrait être envisagé lorsque le risque est faible. Chaque femme pourrait ainsi bénéficier d'une stratégie de dépistage adaptée à son profil et disposer d'une information réellement personnalisée sur son niveau de risque et l'intérêt des examens proposés. »

(*) Katia Giobbin est également secrétaire générale de la FNMR.

« SORTIR DU MODÈLE UNIQUE »



Dr Éliane DALMAS,
présidente de la FNMR 13
(Bouches-du Rhône)

Dans un territoire où la participation demeure faible, Eliane Dalmas préconise une approche fondée sur la pédagogie, la proximité et une revalorisation économique devenue indispensable pour relancer le dépistage organisé.

→ **Des obstacles persistants.** « Dans les Bouches-du-Rhône, la participation est parmi les plus faibles de l'Hexagone. Le dispositif existe depuis plus de trente ans et nous avons été un département pilote. À l'aube de ce dépistage, seuls deux clichés axillaires faisaient partie de l'examen, ce qui a pu contribuer, auprès des gynécologues, à l'image d'une mammographie au rabais. Ce n'est plus le cas depuis de nombreuses années. Il existe toujours des réticences psychologiques chez certaines femmes : certaines craignent la douleur, d'autres redoutent le résultat, tandis que d'autres encore ne se sentent pas concernées, avec l'impression d'être en bonne santé. Des contraintes familiales, sociales, professionnelles ou simplement un manque de temps peuvent également freiner le recours au dépistage. La ruralité est aussi un frein, avec des difficultés pour obtenir des rendez-vous, auxquelles s'ajoutent les temps de déplacement nécessaires pour rejoindre un centre. Autre problématique majeure : la gestion



des dossiers des patientes, qui sont contraintes de récupérer leurs examens après un certain délai, ce qui est indispensable pour permettre la deuxième lecture. L'accélération du processus de dématérialisation serait vraisemblablement positive. Il semble important que la patiente puisse repartir avec ses clichés, comme dans le cadre du dépistage individuel. Il est essentiel, pour les radiologues, d'expliquer aux patientes l'intérêt du dépistage organisé, qui offre les mêmes garanties qu'un dépistage individuel, avec en plus une deuxième lecture et, parfois même, une lecture assistée par intelligence artificielle. »

→ **Rassurer pour convaincre.** « Le radiologue peut influencer les patientes en expliquant clairement le dispositif du dépistage : gratuité pour la patiente, prise en charge à 100 %, deuxième lecture et convocation tous les deux ans afin de ne pas oublier l'examen. Il est également nécessaire d'expliquer à la patiente l'attente du résultat, souvent anxiogène. Il faut lui préciser que, s'il existait un doute pour le premier radiologue, le bilan complémentaire serait

Dépistage organisé

→ réalisé immédiatement. De même, lorsqu'un examen complémentaire est demandé par le deuxième lecteur, cela ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit d'un cancer. Cela suppose toutefois la présence du médecin sur site afin d'accompagner la patiente. »

→ **Un modèle économique menacé.** « Il est impératif de revaloriser les actes de mammographie, dont la rémunération n'a pas évolué depuis plus de vingt ans. Le prix d'un mammographe numérique avec tomosynthèse, également équipé pour réaliser des biopsies, représente un investissement de l'ordre de 400 000 euros. Le tarif de l'examen, lui, n'a pas varié et se situe aux environs de 66 euros. Par ailleurs, pour les radiologues réalisant des actes de sénologie interventionnelle, il existe un problème de rentabilité. Dans le cas des biopsies avec pose de clip, le coût est d'environ 200 euros pour un remboursement de seulement 30 euros. La mammographie de dépistage ne pouvant bénéficier de dépassements d'honoraires, le dépistage individuel est davantage valorisé sur le plan économique que le dépistage organisé. Si rien n'est fait pour revaloriser cet acte, ce sera la fin du dépistage organisé, essentiellement réalisé dans les structures privées, qui ne pourront plus assumer le coût du matériel et des personnels. Il n'existe notamment aucun forfait technique pour compenser des équipements dont le coût est proche de celui d'un scanner d'entrée de gamme. Si l'activité devait être reportée vers les structures publiques, celles-ci seraient confrontées à des déficits, le secteur de la mammographie étant

souvent l'un des moins rentables au sein des groupes d'imagerie. La faible attractivité de la deuxième lecture complique également le recrutement de radiologues, dont le temps est déjà mobilisé entre leur cabinet et leurs vacations hospitalières. La mise en place d'une lecture par intelligence artificielle en aide au premier lecteur, avec transmission aux structures de deuxième lecture des seuls dossiers discordants, constituerait peut-être un moyen de réduire les coûts liés au transport des dossiers, au secrétariat, à leur gestion et à leur archivage. La dématérialisation du dispositif pourrait accélérer le processus et permettre à la patiente de repartir avec ses clichés, même dans le cadre du dépistage organisé. Cette évolution se heurte toutefois aux financements nécessaires pour les CRCDC. »

→ **Un dépistage sur mesure.** « Le dépistage personnalisé est actuellement à l'étude, notamment à travers l'essai MyPeBS porté par Suzette Delaloge, et cette approche paraît particulièrement intéressante. Elle permettrait d'adapter les modalités et la fréquence du dépistage au niveau de risque individuel de chaque patiente, notamment en fonction de ses antécédents. Il faudra néanmoins s'appuyer sur les études en cours avant d'en tirer toutes les conclusions. Le dépistage organisé a démontré sa pertinence, mais il ne pourra conserver durablement son efficacité sans évoluer. Il devra impérativement s'adapter aux nouvelles contraintes médicales, organisationnelles et économiques. »

« REPENSER LE DISPOSITIF »



Pour Jean-Louis Puech, le dépistage organisé doit gagner en efficacité au prix d'une profonde réorganisation fondée sur la dématérialisation, l'intelligence artificielle et la refonte du parcours.

Les difficultés d'accès au dépistage mammographique sont largement reconnues, avec des délais qui s'allongent selon les territoires. La fermeture

régulière de centres de radiologie et les contraintes économiques en sont les principaux facteurs. Plus précisément, la participation au dépistage se heurte à plusieurs freins : insuffisance de médecins sénologues formés, déficit de manipulateurs, engagement variable du secteur public et déséquilibre croissant entre le coût réel des équipements et la valorisation des actes. Autre sujet de préoccupation : plusieurs initiatives contestables portées par certaines agences régionales de santé qui, à travers des expérimentations ou des mammo-bus, déstructurent le tissu existant et contournent le cahier des charges opposable du dépistage organisé.

→ REVOIR LE CAHIER DES CHARGES

Le dépistage pourrait-il se limiter aux seules populations à risque ? En l'état actuel des connaissances, l'incidence du cancer du sein impose de continuer à proposer largement la mammographie à l'ensemble de la population concernée, dans l'attente de nouvelles recommandations. Aujourd'hui, le cahier des charges du dépistage organisé (DO) nous paraît constituer une réelle limite à la participation. Il correspond davantage à une consultation diagnostique qu'à un véritable test de dépistage. Indispensable lors du lancement du dispositif, afin de garantir la formation de l'ensemble des acteurs et la

mise à niveau des installations, il mobilise un temps médical qui ne permet plus de gérer quantitativement la file d'attente dans des délais satisfaisants. Le mammobile se situe en dehors du parcours de soins, tant pour la deuxième lecture (L2) que pour la prise en charge des situations pathologiques. La L2 dématérialisée s'effectue parfois hors des limites départementales, augmentant ainsi le risque de patientes perdues de vue. Quant aux coûts des mammographies réalisées en mammobile, ils explosent lorsqu'on les compare au tarif actuellement accordé par une nomenclature devenue obsolète...

→ UN NOUVEAU PARCOURS DE LECTURE

Demain, les évolutions technologiques permettront de relancer significativement le dépistage, en augmentant le nombre de mammographies analysées en première lecture (L1). Pour cela, le cahier des charges de la mammographie de dépistage doit évoluer. Elle doit être réalisée comme un véritable test au sein des centres de radiologie. Une fiche d'information standardisée est complétée par le manipulateur ou la manipulatrice lors de l'examen. Les critères de réalisation restent inchangés. Le radiologue n'intervient plus à ce stade, tout en demeurant garant de la qualité de cette étape. La mammographie numérisée est transmise au(x) lecteur(s) de première lecture (L1) volontaire(s) du territoire concerné, avec une analyse des dossiers réalisée dans un délai court restant à définir. Cette première lecture est systématiquement associée à

un outil de détection assistée par ordinateur (CAD) à haute sensibilité, afin de sécuriser et de fiabiliser l'interprétation d'un volume important d'examens. Le lecteur L1 convoque uniquement les situations nécessitant une démarche diagnostique complète. La deuxième lecture disparaît alors au profit du binôme L1 + CAD. Le secrétariat du centre L1 transmet les résultats aux centres départementaux de dépistage. Les résultats des mammographies négatives sont ensuite adressés aux patientes et à leur médecin traitant, comme c'est déjà le cas aujourd'hui.

→ FORMER ET REVALORISER

Le rôle majeur du lecteur L1 dans cette organisation renouvelée, les investissements technologiques nécessaires et la prise en compte du coût réel de la pratique nécessitent une réévaluation significative de la mammographie. Une action auprès des tutelles, du G4 et du CERF doit également insister sur la formation des internes à la mammographie et sur l'augmentation du nombre de praticiens formés à cette activité. Ainsi, la participation au dépistage pourrait progresser significativement, au prix d'une augmentation limitée des faux positifs, tout en préservant la dimension territoriale de la prise en charge.

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

« PRÉVENIR LA RUPTURE »



Dr Éric MADEUF,
président de la FNMR 45
(Loiret)

Contraintes pratiques, faible adhésion et difficultés économiques fragilisent le dispositif. Éric MADEUF plaide pour une meilleure sensibilisation et une adaptation progressive des modalités de dépistage.

→ **Le poids des contraintes.** « Une partie de la population est peu sensible aux bénéfices du dépistage et en perçoit surtout les contraintes : nécessité de prendre rendez-vous, de se déplacer, frais annexes, mobilisation d'une demi-journée, voire réticence psychologique liée à la compression des seins, souvent présentée par l'entourage comme particulièrement désagréable. Seule une forme d'obligation pourrait



améliorer significativement le taux de participation, comme le montre notamment l'exemple du dépistage helvétique. »

→ **Expliquer encore et toujours.** « Lorsqu'une patiente n'a pas réalisé de contrôle depuis quatre, six ou dix ans, la pédagogie du radiologue porte généralement ses fruits, même si elle exige du temps. En dehors de cette démarche individuelle, il existe peu de leviers réellement déterminants pour faire progresser la participation. Une campagne d'information

Dépistage organisé

→ régulièrement renouvelée auprès des médecins généralistes pourrait, en revanche, produire des effets positifs, en insistant notamment sur l'innocuité de l'examen, qui n'apparaît pas encore comme une évidence pour tous. »

→ **Menaces sur la proximité.** « En l'absence de revalorisation tarifaire, les cabinets de proximité disparaîtront, avec des conséquences inévitables sur l'accès au dépistage en raison de l'allongement des temps de trajet et de l'augmentation des coûts associés pour les patientes. La dématérialisation complète de la deuxième lecture pourrait supprimer les frais de courrier, d'archivage et de gestion matérielle des examens. »

→ **Élargir le périmètre du dépistage.** « Un élargissement de la fenêtre de dépistage à partir de 40 ans paraît souhaitable. La poursuite de l'envoi d'invitations au dépistage au-delà de 75 ans apparaît également nécessaire, avec des modalités qui pourraient être adaptées et éventuellement allégées en matière de deuxième lecture. La numérisation de cette dernière est d'ailleurs une piste pertinente pour limiter les surcoûts induits par le dispositif. Enfin, chez les patientes présentant un risque supposé élevé, un recours beaucoup plus systématique au dépistage des mutations génétiques serait souhaitable. Il permettrait, lorsqu'une anomalie est identifiée, d'adapter la stratégie de surveillance ainsi que la conduite à tenir prévue dans ce contexte. »

« FAIRE TOMBER LES FRONTIÈRES DE LA L2 »



Dr Christophe BARBIER*,
radiologue à Essey-lès-Nancy
(Meurthe-et-Moselle)

Face au recul de la participation et aux mutations de la profession, Christophe Barbier appelle les radiologues à repenser leurs pratiques pour préserver durablement l'efficacité du dépistage organisé.

Le Livre blanc de la SIFEM dresse un état des lieux particulièrement clair du dépistage organisé du cancer du sein en France et des évolutions nécessaires pour l'adapter aux enjeux actuels. Il constitue une base très solide de discussion avec les différents partenaires impliqués.

→ ADAPTER LA RADIOLOGIE DE DÉPISTAGE

De nombreux facteurs permettent d'expliquer la stagnation, voire la régression, de la participation. Au-delà des freins psychologiques ou organisationnels, le principal problème est celui du renouvellement des compétences. La fermeture de cabinets de proximité et la relative désaffection des jeunes radiologues pour la sénologie, par manque de formation ou d'appétence, réduisent progressivement les capacités de dépistage. La donne est connue. Si nous voulons conserver la maîtrise radiologique du dépistage, nous devons nous interroger sur nos pratiques. Pour la L1, la pratique de la mammographie de dépistage relève-t-elle de la surspécialisation ou peut-elle être intégrée à un flux de travail plus standardisé ? L'intelligence artificielle et un compagnonnage structuré peuvent



nous être utiles. Pourrions-nous également envisager certaines délégations de tâches à des manipulateurs supervisés ? Pour la L2, la dématérialisation ne devrait plus faire débat à l'échelle nationale. L'organisation du dispositif doit nécessairement évoluer vers une structuration régionale, permettant notamment de remédier à l'obsolescence de certains matériels de deuxième lecture et d'ouvrir la voie à une véritable entraide interdépartementale lorsqu'un déficit de lecteurs L2 apparaît sur certains sites.

→ PRÉSERVER UN MODÈLE PERFORMANT

Ces quelques exemples illustrent la nécessité, si nous voulons faire perdurer cet outil extraordinaire qu'est le dépistage organisé, de réfléchir à nos pratiques actuelles et de faire entendre aux différents acteurs nos propositions d'évolution et nos solutions opérationnelles. À cette condition, nous pourrions préserver durablement l'efficacité et la performance d'un dispositif qui demeure l'un des piliers de la lutte contre le cancer du sein.

(*) Christophe Barbier est également vice-président du CRCDC Grand Est.

« CONSERVER LES FONDAMENTAUX, MODERNISER LE SYSTÈME »



Dr Sébastien THIRIAT*,
président de la FNMR 67 et 68
(Bas-Rhin et Haut-Rhin)

Le dépistage organisé demeure un outil majeur de santé publique. Pour Sébastien Thiriât, son avenir repose moins sur une remise en cause du modèle que sur sa capacité à évoluer face aux transformations médicales, démographiques et économiques.

→ **Une participation qui plafonne.** « Le décalage entre un dispositif structuré et une participation insuffisante résulte de la combinaison de difficultés d'adhésion et d'obstacles d'accès aux soins. En France, la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein est estimée à 46,3 % sur la période 2023-2024, après 46,7 % en 2022-2023, ce qui confirme une stagnation à un niveau insuffisant. Malgré les campagnes existantes, un effort supplémentaire d'information et de sensibilisation demeure indispensable. Il est essentiel d'expliquer plus clairement le bénéfice d'un cancer détecté précocement par rapport à une maladie diagnostiquée à un stade avancé. Les difficultés relèvent à la fois de réticences psychologiques, d'une appropriation encore incomplète du message de prévention et de contraintes concrètes dans l'accès à l'offre de soins. À cela s'ajoute une contraction de l'offre dans certains territoires, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population radiologique et les tensions croissantes qui affectent l'organisation du dépistage. »

→ **Le radiologue, acteur de confiance.** « Le radiologue peut exercer une influence réelle sur la décision des patientes. Cette contribution ne repose plus uniquement sur la qualité de l'examen, mais également sur sa capacité à expliquer, rassurer et accompagner. Le dialogue avec la patiente, associé à des messages clairs et à des illustrations concrètes, est un levier efficace pour réduire les hésitations avant ou après l'examen. Cette démarche doit s'appuyer sur l'ensemble des acteurs de proximité : Assurance Maladie, médecins généralistes, centres d'imagerie et campagnes d'information visibles dans l'espace public. L'enjeu consiste à replacer le radiologue au cœur d'un parcours fondé sur la confiance, la proximité et la réassurance, et non à le réduire à une simple fonction de réalisation technique. »

→ **Des exigences sans moyens.** « La revalorisation des actes de dépistage est un enjeu majeur, car ce programme repose sur une organisation particulièrement exigeante, associant mammographie, examen clinique, deuxième lecture et, lorsque cela est nécessaire, orientation vers des investigations complémentaires. Un meilleur équilibre économique permettrait de conforter la présence des cabinets engagés dans cette activité, de restaurer leurs capacités d'investissement et de préserver le temps médical consacré à l'accompagnement des patientes. À défaut, un risque réel se profile : celui de voir s'accroître l'écart entre les exigences de qualité fixées par le dispositif et les ressources effectivement accordées aux structures qui le portent au quotidien. Dans ce contexte, certains acteurs pourraient être amenés à privilégier des activités plus soutenables sur le plan économique, au détriment de la mammographie de dépistage. »

→ **Adapter le modèle aux réalités de terrain.** « Le modèle actuel conserve toute sa valeur en matière de santé publique, mais il ne répond plus pleinement à la diversité des profils de patientes, des comportements et des réalités territoriales. Les relances ciblées, les outils numériques et les initiatives de proximité peuvent renforcer durablement la participation, à condition d'être articulés avec des structures capables d'assurer un parcours diagnostique complet. Dans cette perspective, les bus apparaissent davantage comme des outils d'information, de sensibilisation et d'orientation que comme des lieux de réalisation des examens. Leur vocation pourrait être d'accompagner les patientes vers des centres agréés disposant de l'ensemble des compétences et équipements nécessaires. Enfin, la dématérialisation de la deuxième lecture, aujourd'hui engagée avec le volet CANCER-D2LM, représente une évolution structurante pour l'avenir du dispositif. Elle peut fluidifier l'organisation, élargir le vivier de lecteurs et préparer l'intégration de nouvelles approches, notamment fondées sur des outils d'aide au tri ou de présélection des dossiers. Le but n'est donc pas de remettre en cause le dépistage organisé, mais de lui donner les moyens d'évoluer afin de préserver son efficacité, son accessibilité et son attractivité dans les années à venir. »

(*) Sébastien Thiriât est également secrétaire général de la FNMR.

« INVESTIR DANS LA PRÉVENTION »



Dr Coralie RICHA-SICARD,
présidente
de la FNMR 75 (Paris)

Pour Coralie Richa-Sicard, la modernisation du dépistage organisé passera nécessairement par des investissements publics... proportionnés aux enjeux de prévention et de santé publique.

→ **Des limites structurelles.** « La stagnation de la participation au dépistage organisé est probablement multifactorielle. Depuis quelques années déjà, on observe un désengagement des cabinets d'imagerie de ville vis-à-vis de cette activité, dont les coûts ne cessent d'augmenter (déploiement de la dématérialisation de la deuxième lecture, logiciels d'IA...), sans que l'acte soit valorisé en conséquence. Les jeunes radiologues hésitent de plus en plus à se former à cette activité, pourtant fondamentale pour nos patientes. Celles-ci auront de plus en plus de difficultés à obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables et laisseront donc plus facilement passer l'échéance... »

→ **Une influence limitée sur le terrain.** « Malheureusement, la marge de manœuvre du radiologue est limitée. Il peut proposer à une patiente éligible de transformer un dépistage individuel en dépistage organisé,

expliquer les bénéfices du programme, notamment la deuxième lecture et la prise en charge à 100 %, ou encore investir dans la dématérialisation des examens et dans des logiciels d'intelligence artificielle afin de faciliter les flux et l'interprétation des images. En revanche, son action reste très limitée en amont du parcours de dépistage, où les principaux leviers relèvent davantage de la politique de santé publique, de l'information des patientes et de l'organisation du système de soins. »

→ **Le choix de la prévention.** « La seule façon d'améliorer durablement les performances du dépistage organisé du cancer du sein serait que l'État accepte enfin de s'engager pleinement dans une véritable politique de santé publique, avec des investissements massifs dans la prévention et le dépistage. Une stratégie de cette nature permettrait, à moyen et long terme, de contenir, voire de réduire, les coûts de santé, grâce à une détection plus précoce des pathologies et à une prise en charge plus efficace des patientes. »

→ **Accélérer la mutation du dispositif.** « Il est évident que le dépistage organisé, construit et porté par les radiologues depuis plus de vingt ans, doit poursuivre sa modernisation. Une approche plus individualisée s'imposera probablement comme une évolution majeure. Cette évolution ne pourra toutefois se concrétiser que si l'État fait le choix d'une véritable politique de santé orientée vers le dépistage et la prévention, plutôt que de poursuivre une logique de réduction mécanique des coûts de santé au détriment de l'accès aux soins et des professionnels de santé. La modernisation du dispositif nécessite une réforme d'ensemble, fondée sur l'anticipation, l'innovation et une vision de long terme de la santé publique. »

« SAUVER L'OFFRE DE PROXIMITÉ »



Dr Laurent COMBESCURE,
secrétaire général
de la FNMR 75 (Paris)

Pour Laurent Combescure, le principal défi n'est plus tant de convaincre les patientes que de préserver une offre de mammographie accessible, performante et économiquement soutenable sur tout le territoire.

→ **Une offre sous tension.** « La stagnation, voire le recul, de la participation au dépistage s'explique notamment par une offre devenue insuffisante dans certains territoires. Cette situation est multifactorielle : fermeture des (petits) cabinets de proximité qui assuraient une activité de mammographie aux côtés de la radiographie conventionnelle, réorientation de certaines structures vers l'imagerie en coupe ou encore désaffection progressive des jeunes radiologues pour cette discipline. Ces évolutions trouvent en grande partie leur origine dans l'absence de revalorisation de l'acte, dont la tarification est désormais largement décorrélée des investissements humains, technologiques et financiers nécessaires à sa réalisation. Les réticences de certaines patientes ont toujours existé, mais rien n'indique qu'elles soient plus nombreuses aujourd'hui qu'hier. De même, il ne semble pas y avoir de recrudescence particulière des comportements de méfiance vis-à-vis des rayonne-



ments ionisants. Le principal enjeu est donc moins celui de la demande que celui de la capacité du système à maintenir une offre accessible et de qualité. »

→ **Le pouvoir de la pédagogie.** « Le dialogue demeure un levier essentiel. Nous pouvons expliquer aux patientes que les examens sont de moins en moins irradiants et que les mammographes récents offrent un niveau de confort supérieur aux générations précédentes. Pour les femmes les plus réticentes, il est également possible d'adapter l'approche, par exemple en débutant par une échographie mammaire lorsqu'elle est pertinente, puis en réévaluant la nécessité d'une mammographie. L'information, l'écoute et la pédagogie permettent souvent de lever des inquiétudes qui reposent davantage sur des appréhensions que sur la réalité de l'examen. »

→ **Des exigences sans moyens.** « La revalorisation de l'acte est devenue indispensable à la pérennité même du dispositif. Elle aurait dû intervenir depuis longtemps. De nombreux pays européens consacrent des moyens significativement plus importants aux programmes de dépistage. En France, maintenir les mêmes exigences de qualité, tout en laissant les financements inchangés, crée une tension croissante sur les structures qui assurent cette mission de santé publique. Il sera difficile de préserver durablement l'accès à la mammographie sans rétablir une cohérence entre les exigences imposées aux professionnels et les ressources qui leur sont accordées. »

→ **Sauver l'existant avant d'innover.** « Aller vers une approche plus individualisée du dépistage apparaît à la fois possible et souhaitable. Les progrès des connaissances et l'évolution des profils de risque ouvrent la voie à des stratégies plus personnalisées. Mais cette évolution ne doit pas masquer l'urgence du moment. Comment envisager un dépistage personnalisé lorsque, dans de nombreuses régions, l'accès au dépistage organisé classique devient déjà difficile dans des délais compatibles avec les objectifs de santé publique ? La priorité doit d'abord être de consolider le dispositif existant. Une fois cette base préservée, il sera alors possible d'engager sereinement sa modernisation et de construire des parcours plus adaptés aux caractéristiques de chaque patiente. »

« PRÉPARER LE DÉPISTAGE DE DEMAIN »



Dr Grégory LENCZNER,
président de la FNMR 92
(Hauts-de-Seine)

Malgré des signaux encourageants, Gregory Lenczner estime que la pérennité du dépistage dépendra autant des investissements réalisés aujourd'hui que de sa capacité à se réinventer demain.

→ **Des raisons d'espérer.** « Même s'il persiste un frein psychologique lié à la réalisation de l'examen, au stress du résultat, voire à la peur des rayons X, la participation globale reste, en Île-de-France du moins, relativement satisfaisante. Il convient néanmoins d'appréhender le sujet dans sa globalité, en tenant compte à la fois du dépistage organisé et du dépistage individuel, qui n'est pas intégré aux statistiques du programme organisé.

Par ailleurs, nous observons une véritable prise de conscience des jeunes générations. Bien qu'elles ne soient pas encore directement concernées par le dépistage, elles s'informent davantage et se montrent plus sensibles aux enjeux de prévention. Cette évolution est encourageante et laisse espérer une amélioration de la participation dans les années à venir. »

→ **Informier pour rassurer.** « Compte tenu de nos cadences de travail actuelles, il demeure difficile pour les radiologues de consacrer davantage de temps à la pédagogie au cours de leur exercice quotidien. Pour autant, la communication reste essentielle. Le partage d'informations, les affiches dans les salles d'attente, les interventions dans les médias ou encore l'utilisation des réseaux sociaux sont des leviers efficaces pour rassurer, informer et sensibiliser. Quand une femme se présente pour un examen de dépistage, l'ensemble de l'équipe est mobilisé. Les manipulateurs répondent aux interrogations, dissipent les appréhensions et expliquent le déroulement de l'examen. Le radiologue intervient ensuite, quel que soit le résultat, soit pour rassurer totalement la patiente, soit pour organiser la suite du parcours lorsqu'un bilan complémentaire s'avère nécessaire. L'information et l'accompagnement sont des composantes essentielles de la qualité de la prise en charge. »

Dépistage organisé

→ **Des moyens de plus en plus contraints.** « La revalorisation des actes de dépistage n'aurait probablement pas d'effet immédiat sur le taux de participation. En revanche, elle permettrait aux radiologues de renouveler leurs équipements et d'investir dans des technologies offrant davantage de confort aux patientes, notamment grâce aux progrès réalisés dans les techniques de compression. Elle permettrait également de dégager davantage de temps médical pour accompagner les femmes, expliquer le déroulement des examens et répondre plus précisément à leurs interrogations. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à une évolution inverse : des cadences toujours plus soutenues, des moyens contraints et des charges administratives en constante augmentation. À cela s'ajoutent des exigences informatiques croissantes et des tarifs opposables qui n'ont pratiquement pas évolué depuis plusieurs décennies, alors que les coûts fixes, eux, continuent de progresser. À terme, cette situation risque de fragiliser durablement les structures qui assurent cette mission de santé publique. »

→ **Préparer le dépistage personnalisé.** « Il paraît évident que le dispositif actuel ne pourra pas rester figé et devra évoluer au rythme des nouvelles connaissances scientifiques. L'avenir passe probablement par une approche plus personnalisée, avec une surveillance renforcée pour les femmes les plus exposées au risque de cancer du sein et, à l'inverse, des intervalles potentiellement allongés pour celles présentant un risque faible. De nombreux facteurs de risque ont déjà été identifiés et font actuellement l'objet d'évaluations approfondies. L'étude européenne MyPeBS, qui suit 80 000 femmes pendant sept ans, constitue une étape majeure. Ses résultats sont particulièrement attendus, car ils pourraient contribuer à redéfinir en profondeur les modalités du dépistage dans les années à venir. L'enjeu n'est donc plus seulement de préserver le dispositif actuel, mais de préparer son évolution vers un modèle plus précis, plus adapté aux profils de risque et plus efficient sur le plan de la santé publique. »

« CAPITALISER SUR LES ACQUIS »



Dr Layla BOULOS,
présidente de la FNMR (95)

Entre difficultés d'accès aux soins et freins psychologiques, Layla Boulos défend une évolution pragmatique du dépistage organisé, fondée sur le renforcement – et non le remplacement – du modèle actuel.

→ **Les freins du quotidien.** « Les causes du ralentissement de la participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein sont multiples et varient selon les territoires. Dans certaines régions, la principale difficulté réside dans l'accès à l'offre de soins : éloignement des cabinets, délais de rendez-vous trop importants ou raréfaction des structures de proximité. Ailleurs, malgré une offre disponible, la participation continue de stagner. Les freins sont alors davantage liés à des facteurs psychologiques, notamment la crainte de découvrir une maladie alors même qu'aucun symptôme n'est ressenti. L'accumulation de ces difficultés explique une participation nationale qui demeure proche de 50 %, un niveau encore insuffisant au regard des objectifs de santé publique. »

→ **Le bénéfice du diagnostic précoce.** « Le rôle du radiologue s'exerce à plusieurs niveaux. Il consiste d'abord à garantir l'accès à l'examen par des investissements continus en équipements performants, en personnel médical et paramédical qualifié, ainsi qu'en maintenant une offre de sénologie de proximité. Il repose également sur l'information des patientes. Le radiologue et son équipe peuvent rappeler que l'examen est rapide, faiblement irradiant et généralement peu douloureux. Mais leur contribution la plus importante reste sans doute d'expliquer les bénéfices d'un diagnostic précoce, qui permet souvent des traitements moins lourds et améliore significativement le pronostic. »

→ **Une équation économique fragile.** « Les actes de mammographie et d'échographie mammaire n'ont pas bénéficié de revalorisation significative depuis plus de vingt ans. Dans le même temps, l'échographie mammaire réalisée en complément de la mammographie a vu sa rémunération diminuer de moitié. Parallèlement, les exigences d'investissement sont toujours plus importantes, avec l'arrivée de la tomosynthèse ou des outils d'intelligence artificielle, l'augmentation du coût de l'énergie ou celle des consommables et la tension persistante sur les recrutements de manipulateurs. Peu à peu, un écart grandissant se creuse entre le niveau d'exigence attendu des structures participant au dépistage et les moyens économiques dont elles disposent réellement pour assurer cette mission. »

→ **Faire évoluer ce qui fonctionne.** « Le principe d'une invitation systématique au dépistage pour les femmes âgées de 50 à 74 ans demeure pleinement pertinent. Cela ne signifie pas que le modèle ne puisse pas évoluer. La dématérialisation des invitations, l'intégration plus précoce de certaines femmes dès 40 ans ou encore l'adaptation des modalités de suivi au niveau de risque individuel consti-

tuent des pistes intéressantes. Ces évolutions méritent d'être développées, à condition qu'elles s'accompagnent d'une valorisation cohérente de l'activité de dépistage. En revanche, remettre en cause le modèle des cabinets de radiologie de proximité, alors même qu'ils offrent un encadrement médical complet et un plateau technique adapté, pour le remplacer par une offre reposant princi-

palement sur des mammobus, serait une fausse bonne idée. L'enjeu n'est pas de substituer un nouveau système à un dispositif qui a démontré son efficacité, mais de renforcer ce qui fonctionne déjà, d'en améliorer l'accès et d'en faire évoluer progressivement les modalités pour répondre aux besoins des patientes et aux avancées de la médecine. »

Démarche qualité en imagerie médicale

Une nouvelle obligation réglementaire

Développée depuis plus de vingt ans par et pour les radiologues, la démarche qualité en imagerie médicale relevait jusqu'à présent d'un engagement volontaire. Elle répondait à des objectifs organisationnels, managériaux ou stratégiques, portés aussi bien par les directions administratives que par les professionnels de terrain. De nombreuses structures d'imagerie médicale se sont ainsi engagées dans une dynamique d'amélioration continue, notamment à travers le référentiel Labelix et ses différentes versions successives.

Depuis 2017, des travaux ont été engagés à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS). Ils ont conduit à la formalisation de la norme NF S 99-300, intitulée « Démarche qualité en imagerie médicale », validée en juillet 2021. Sa déclinaison européenne devrait paraître prochainement. La norme NF S 99-300 a servi de fondement à l'élaboration de la grille d'audit par les pairs. Une phase pilote a été conduite en 2024 et 2025 par 23 binômes composés d'un radiologue et d'un manipulateur, auprès de 93 structures d'imagerie publiques et privées. Les sites volontaires ont ainsi pu évaluer leur système qualité existant ou établir un état des lieux initial avant l'engagement d'une démarche structurée.

Une obligation réglementaire désormais effective

La formalisation de l'organisation, la valorisation des savoir-faire professionnels et la sécurisation de la prise en charge des patients en imagerie médicale s'inscrivent désormais dans un cadre réglementaire. Un arrêté du ministère chargé de la Santé rend obligatoire la mise en œuvre d'un référentiel d'assurance qualité pour les actes d'imagerie médicale à visée diagnostique. Il en précise les modalités d'évaluation ainsi que la périodicité.

Des audits coordonnés par le CNP

Les audits cliniques par les pairs seront coordonnés par le Conseil National Professionnel (CNP). Ils reposeront sur deux modalités complémentaires :

- **Audits internes** : réalisés tous les deux ans au sein de chaque structure, sous la forme d'une auto-évaluation conduite par un binôme radiologue/manipulateur. Le CNP pourra mettre à disposition l'outil d'évaluation

élaboré lors de la phase pilote. Pour les structures non encore engagées dans cette dynamique, une formation spécifique aux attendus réglementaires sera proposée afin de les accompagner dans leur mise en œuvre.

- **Audits externes** : programmés par le CNP selon des critères définis, notamment le niveau d'activité, la diversité des modalités d'imagerie, la prise en charge de populations sensibles, l'existence d'événements indésirables associés aux soins, les résultats d'audits, d'inspections ou de contrôles antérieurs, ainsi que d'éventuelles difficultés organisationnelles.

Les rapports d'audit devront être conservés et tenus à disposition des autorités compétentes, notamment dans le cadre d'une demande ou d'un renouvellement d'autorisation de matériel lourd.

Dix thématiques prioritaires d'évaluation

Les audits cliniques par les pairs, internes comme externes, porteront sur dix thématiques prioritaires :

- Ressources humaines
- Dispositifs médicaux et produits de santé
- Système d'information et archivage
- Radioprotection et magnéto-protection des travailleurs et des patients
- Demande d'acte d'imagerie et validation
- Prise de rendez-vous et information du patient
- Réalisation de l'acte d'imagerie
- Compte rendu et communication des résultats
- Organisations spécifiques : télé-imagerie et délégation de compétences
- Gestion des risques a priori et a posteriori

Chaque structure d'imagerie médicale doit désormais engager sans délai sa démarche qualité pour garantir sa conformité, sécuriser ses pratiques et renforcer la confiance des patients et des instances. Le référentiel Labelix constitue d'ores et déjà un levier opérationnel pour anticiper cette nouvelle obligation réglementaire, accompagner la démarche qualité et sécuriser la mise en conformité.

Valérie GARBAY,

Conseil Management Organisation Qualité

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

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

LABELIX

Contactez-nous

LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

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

« Il faut aller vers les femmes les plus éloignées du dépistage organisé »

Vingt-deux ans après son lancement, le programme national de dépistage organisé du cancer du sein ne convainc pas plus d'une femme sur deux, malgré son efficacité démontrée. Pour Olatoyé Kotchikpa, la réponse passe par des actions de proximité, une prévention plus individualisée et une meilleure reconnaissance du rôle joué par les radiologues libéraux.

→ Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein stagne depuis plusieurs années. Quels sont, selon vos travaux, les principaux facteurs qui expliquent cette situation ?

La stagnation du taux de participation ne s'explique pas par un facteur unique. Mes travaux montrent, au contraire, un effet combiné de déterminants sociaux, culturels et territoriaux qui se renforcent mutuellement. Les femmes les plus éloignées des parcours de prévention sont souvent celles qui cumulent plusieurs fragilités : précarité économique, difficultés d'accès aux soins, isolement social, méfiance envers les institutions ou éloignement géographique de l'offre de santé. Le rapport au corps, à la maladie ou à la prévention constitue également un obstacle majeur. Dans certains contextes migratoires, le cancer reste associé à des représentations anxigènes susceptibles de retarder le recours au dépistage. Nous comprenons relativement bien les mécanismes en cause : la difficulté réside davantage dans leur articulation, car ils agissent rarement de manière isolée. C'est leur accumulation qui nourrit les situations de non-recours les plus persistantes. Derrière les chiffres de participation se dessine une réalité plus profonde, celle d'inégalités sociales et territoriales de santé qui conditionnent l'accès à la prévention et, bien souvent, les chances mêmes de bénéficier d'un diagnostic précoce.

→ Observez-vous une évolution du rapport des femmes au dépistage et à la prévention ?

Oui, le rapport des femmes au dépistage a profondément évolué. L'époque où les recommandations médicales étaient suivies sans discussion est révolue. Aujourd'hui, elles recherchent des renseignements, confrontent les sources, échangent avec leurs proches et construisent leur

OLATOYÉ KOTCHIKPA,
sociologue et chercheur*



propre appréciation de la balance bénéfice-risque. L'accès aux connaissances est à la fois une opportunité et un défi. Il renforce l'autonomie des patientes, mais il nourrit également un regard plus critique sur les dispositifs sanitaires, dont le dépistage organisé du cancer du sein. Cette évolution traduit une volonté croissante de participer aux décisions qui concernent leur santé. Les controverses scientifiques relayées dans l'espace public peuvent toutefois brouiller les repères. Lorsque des experts expriment des positions divergentes sur les avantages ou les limites du dépistage, certaines femmes hésitent ou renoncent. La défiance institutionnelle joue également un rôle, notamment chez les publics les plus fragilisés. L'enjeu n'est pas de faire taire le débat scientifique, indispensable au progrès des connaissances, mais de proposer une information claire, accessible et compréhensible.

→ Quelles sont les populations durablement en marge du dépistage organisé, et que révèle leur non-recours des limites du dispositif ?

Les populations les plus durablement éloignées du dépistage organisé sont généralement celles qui cumulent les désavantages sociaux, économiques et territoriaux. On les retrouve notamment dans certains quartiers prioritaires, dans des zones où l'offre de soins demeure insuffisante ou parmi des personnes qui rencontrent des difficultés de mobilité et d'accès à l'information. Leur non-recours illustre les limites d'un dispositif conçu selon une logique nationale, alors même que les réalités locales sont particulièrement diverses. Les freins sont multiples. Aux contraintes matérielles – transport, disponibilité médicale, organisation du quotidien – se surajoutent la peur du diagnostic, le sentiment de ne pas être concernée ou encore la méfiance envers les institutions. Les démarches dites "aller vers" sont une réponse prometteuse, mais elles restent souvent ponctuelles. Pour produire des effets durables, elles doivent s'inscrire dans le temps long et s'appuyer sur des intervenants de terrain capables de nouer une relation de confiance. La prévention est d'autant plus efficace qu'elle part des réalités vécues par les populations qu'elle entend atteindre.

→ **Le dépistage organisé du cancer du sein est-il encore adapté à l'évolution des pratiques médicales et des attentes des patientes ?**

Le dépistage organisé conserve des atouts majeurs. La double lecture des mammographies, la qualité du contrôle des examens et l'absence d'avance de frais apportent de précieuses garanties en matière de sécurité et d'équité. Pour autant, il doit répondre à de nouvelles attentes. De plus en plus de femmes souhaitent bénéficier d'un accompagnement plus personnalisé et participer davantage aux décisions relatives à leur santé. Dans ce contexte, certains aspects d'un dispositif conçu pour une large population peuvent sembler en décalage avec l'essor de la médecine individualisée. Il ne faut pas opposer approche collective et personnalisation, mais mieux aligner ces deux dimensions, qui sont complémentaires par essence. Le dépistage du cancer du sein devrait intégrer plus systématiquement les facteurs de risque individuels, les antécédents personnels et familiaux ou encore les spécificités territoriales. Les situations particulières doivent être mieux prises en compte.

→ **Quel rôle les radiologues libéraux peuvent-ils jouer dans la réduction des inégalités d'accès et le rétablissement de la confiance ?**

Les radiologues libéraux occupent une place centrale dans ce dispositif. Leur expertise est incontournable pour analyser les images, évaluer les situations à risque et orienter les femmes dans leur parcours diagnostique. Leur contribution dépasse la seule réalisation technique de l'examen, car ils sont souvent l'un des principaux points de contact avec les patientes. Ils peuvent expliquer le sens de la démarche, répondre aux interrogations, apaiser les inquiétudes et renforcer la compréhension des bénéfices du dépistage organisé, notamment grâce aux garanties offertes par la double lecture. Cette dimension relationnelle est fondamentale dans un contexte où les parcours de santé deviennent plus complexes et où la confiance ne peut plus être considérée comme

acquise. Leur engagement pourrait également être renforcé dans les actions territoriales menées aux côtés des collectivités, des associations ou des structures de coordination. Encore faut-il que cette mission soit reconnue et rémunérée. Informer, accompagner et sensibiliser nécessitent du temps et des moyens. Valoriser pleinement cette contribution des radiologues réduirait les inégalités d'accès au dépistage et renforcerait durablement la confiance des patientes.

→ **Les campagnes nationales atteignent-elles encore leurs objectifs ou faut-il imaginer des approches plus ciblées et plus personnalisées ?**

Les campagnes nationales conservent une réelle utilité. Des initiatives comme Octobre Rose permettent de maintenir le cancer du sein dans le débat public, de sensibiliser largement la population et de rappeler l'importance du dépistage. Elles montrent cependant leurs limites pour atteindre certains publics. Les stratégies de communication de masse ne touchent pas les personnes qui participent le moins aux programmes de prévention. Les campagnes nationales doivent donc être complétées par des approches plus ciblées. Les médiatrices de santé, les associations locales, les bénévoles engagés ou les professionnels de terrain disposent d'une connaissance fine des réalités vécues par les femmes les plus éloignées du dépistage. Ces acteurs peuvent traduire et adapter les messages, instaurer le dialogue constructif et construire progressivement un climat de confiance. La prévention est souvent plus efficace lorsqu'elle s'inscrit dans le quotidien des personnes concernées et s'appuie sur des relais de proximité identifiés et légitimes.

→ **Faut-il ajuster le dépistage organisé du cancer du sein ou en repenser profondément la logique ?**

Le dépistage organisé repose sur des bases solides et son intérêt de santé publique est largement démontré. En revanche, il doit évoluer pour répondre plus efficacement aux besoins et aux attentes des patientes. Cela suppose notamment de renforcer les investissements dans la prévention, de soutenir les acteurs de proximité, de développer les démarches de santé communautaire et de favoriser l'engagement des radiologues. Autre piste de réflexion : le dépistage individuel devrait bénéficier des mêmes avantages que le dépistage organisé, notamment en matière de prise en charge financière, pour multiplier les alternatives et les voies d'accès. Cette perspective doit être discutée. À plus large échelle, les politiques de prévention doivent être adaptées aux réalités des territoires et des populations. Réduire durablement les inégalités de santé exige une stratégie inscrite dans la durée, portée par des investissements pérennes, une action publique constante et une vision politique de long terme.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

(*) Olatoyé KOTCHIKPA est sociologue, chercheur au laboratoire d'études et de recherche en sociologie et enseignant contractuel à l'Université de Bretagne Sud.

Mammographie Mieux mesurer pour mieux dépister

Alors que le recul de l'activité semble marquer le pas, les données Sénolog mettent en lumière un autre défi : la concentration des mammographies entre un nombre limité de radiologues fortement impliqués. Une photographie précieuse des pratiques, à l'heure où la profession a plus que jamais besoin de données robustes pour piloter le dépistage.



La forte tendance à la baisse de l'activité enregistrée depuis plusieurs années semble s'être arrêtée. En 2025, Sénolog a enregistré 2 250 609 examens, soit un léger recul de 0,45 % par rapport à 2024 (après un recul de 11,5 % l'année précédente). On peut cependant noter que de nombreux sites de radiologie n'envoient plus leurs données. Les raisons peuvent être multiples : individualisme, désintérêt, absence d'intégration par l'éditeur de RIS, souhait de ne pas divulguer son activité... Ainsi, seuls 1 500 radiologues ont participé à Sénolog, contre 1 612 en 2024.

→ LA QUALITÉ AVANT LE VOLUME

Sur ces 1 500 radiologues participants, seuls 63 % (945 exactement) dépassent le seuil des 500 mammographies dans l'année. Plus d'un tiers des radiologues restent en deçà des seuils d'activité recommandés, et près du quart des radiologues réalisent moins de 250 mammographies. Ces 37 % de radiologues à faible activité sénologique (< 500 mammographies), s'ils sont nombreux, ne représentent toutefois qu'une faible partie des mammographies réalisées (7,7 %). La question soulevée par cette situation n'est donc pas d'ordre économique mais porte sur la performance

qualitative. La moyenne d'activité de ces radiologues, si elle progresse légèrement en passant de 177 à 194 mammographies annuelles, demeure très faible. Dans un contexte où le dépistage organisé recule au profit d'un diagnostic individuel, sans deuxième lecture, alors que les recommandations internationales proposent des seuils d'activité beaucoup plus élevés pour maintenir une qualité d'interprétation, comment garantir une performance diagnostique chez des radiologues à faible activité mammographique ? Quel serait l'impact d'une application stricte des règles édictées à l'origine du dépistage organisé, soit une activité minimale de 500 mammographies ? La moyenne d'activité des radiologues réalisant plus de 500 mammographies par an est de 1 354 mammographies. Reporter 107 000 mammographies sur ces derniers entraînerait un surcroît d'activité d'environ 113 mammographies par an chez les radiologues en réalisant déjà plus de 500, soit moins d'une mammographie supplémentaire tous les deux jours en moyenne. En revanche, reporter ces 107 000 examens sur les seuls 10 % des radiologistes les plus actifs (avec une moyenne de 2 723 mammographies) nécessiterait d'accroître leur activité de 20 % en moyenne, ce qui semble peu réaliste.

→ UNE ACTIVITÉ STRUCTURÉE PAR LE DÉPISTAGE

En 2025, Sénolog a collecté 2 256 609 examens de sénologie. Quatre actes regroupent la quasi-totalité des examens, avec cependant une nouveauté : l'échographie mammaire, en très léger recul (- 0,2 %), garde la première place avec 767 503 procédures recensées, devant la mammographie de dépistage (code QEQK004) avec 745 155 examens qui progresse légèrement (+ 2 %) par rapport à 2024 sans toutefois revenir au niveau de 2023 après le recul de 20 % enregistré en 2024. La mammographie dite de dépistage individuel (QEQK001) avec 561 644 examens (- 3,3 %) et la mammographie unilatérale (QEQK005) avec 80 186 examens (- 1,7 %), complètent le tableau. Le cœur de l'activité sénologique est bien sûr la tranche d'âge du dépistage organisé (50-74 ans). Dans cette tranche d'âge, Sénolog recense 735 252 mammographies (QEQK004), soit environ 29 % du total des mammographies de dépistage réalisées (2 577 874 selon Santé publique France). Dans leur grande majorité (64 %), les femmes viennent, à l'invitation de la campagne, dans le cadre du dépistage organisé. Il convient d'ajouter à ces mammographies de dépistage 206 018 mammographies QEQK001 et 51 879 mammographies unilatérales (QEQK005). Le résultat des examens dans cette tranche d'âge est très stable d'année en année. Ils sont très majoritairement négatifs (ACR 1 et 2 = 94,2 %) ou douteux (ACR 3 = 3,3 %). La place des médecins généralistes et des gynécologues est importante, puisque chacun de ces groupes représente environ 12 % des adressages. Sans surprise, le taux d'association mammo-écho est beaucoup plus élevé dans ces groupes de prescripteurs. Cependant, la réduction croissante de la base de données ne permet plus d'extrapoler avec certitude le taux d'association.

→ UNE BASE STRATÉGIQUE POUR LA PROFESSION

C'est dans la tranche d'âge précédente, celle des femmes entre 45 et 49 ans, que se prépare le dépistage. Les femmes y sont principalement adressées par leur

gynécologue (52,3 %) ou leur médecin généraliste (32 %), dans le cadre d'un dépistage individuel, pour une association écho-mammo quasi systématique (89 %). Le tableau change radicalement quand elles arrivent dans la tranche d'âge du dépistage. Dans cette tranche d'âge, a priori moins d'associations (aux alentours de 30 %). En revanche, on constate une modification significative des scores ACR quand une association est réalisée. Les ACR 4 et 5 passent de 1,8 à 3,3 %, l'ACR 3 de 3,2 à 4,15 %. Difficile de démontrer une causalité, mais il semble que l'association mammo-écho dans la tranche 50-74 ans soit utilisée en présence de cas plus complexes ou plus lourds. Quelles perspectives pour Sénolog ? L'outil s'essouffle alors que le besoin de données de pratique n'a jamais été aussi important pour la profession, dans ses relations complexes avec la tutelle. La généralisation attendue du dépistage du cancer du poumon nécessitera également un observatoire des pratiques. Raison pour laquelle l'équipe Sénolog travaille actuellement sur une refonte majeure de l'application, pour la rendre plus automatique, plus simple et plus fiable. ●

DERRIÈRE LA STABILITÉ APPARENTE
DES VOLUMES, LES DONNÉES SÉNOLOG
RÉVÈLENT UN DÉFI MAJEUR : LA
CONCENTRATION CROISSANTE DE
L'ACTIVITÉ MAMMOGRAPHIQUE

SÉNOLOG : UN OBSERVATOIRE DE LA SÉNOLOGIE LIBÉRALE

Créé en 2003 dans le cadre des accords professionnels ayant accompagné la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein, Sénolog est un observatoire des pratiques de sénologie alimenté directement par les systèmes d'information des radiologues. Son objectif : fournir à la profession des données de terrain pour mieux comprendre, suivre et évaluer les pratiques de dépistage. La base recense les principaux actes de sénologie, leurs circonstances de réalisation, leurs résultats selon la classification ACR ainsi que les conduites à tenir proposées. Les données associent de façon anonymisée les caractéristiques de l'examen, du radiologue qui l'a réalisé, du territoire d'exercice, de la patiente et du médecin prescripteur. Complémentaire des données produites par Santé publique France et l'Assurance Maladie, Sénolog offre ainsi aux radiologues une vision médicalisée de l'activité sénologique libérale, en dépistage organisé comme hors dépistage organisé. Une refonte majeure est prévue en 2027 afin de simplifier la remontée des données, de réduire les contraintes déclaratives et de renforcer la fiabilité de la collecte. Dans un contexte où les besoins d'observation des pratiques ne cessent de croître, l'outil entend conserver son rôle de référence pour le pilotage de la sénologie libérale.

Suivi après cancer les enseignements de Sénolog

Fréquence des contrôles, spécialités prescriptrices, scores ACR et conduite à tenir : les données de Sénolog dessinent le portrait d'un suivi post-cancer largement conforme aux recommandations et solidement structuré par les radiologues libéraux.

Sénolog recense depuis 2015 entre 130 et 167 000 mammographies pour le motif « suivi de cancer », qui est identifié clairement comme une des circonstances possibles de l'acte. Le nombre varie en valeur absolue mais le pourcentage d'actes reste quant à lui très stable, à environ 8 %. Pour 2025, nous avons donc 136 987 mammographies de suivi de cancer dans les tranches d'âge 50-74 ans et 75 ans et plus. Elles sont de manière très fréquente accompagnées d'une échographie. Dans la tranche avant 50 ans, on recense environ en plus 13 000 examens de mammographie pour suivi de cancer du sein. Dans la tranche d'âge du dépistage, l'acte le plus souvent employé est la mammographie cotée QEQK00¹ (78 % des cas), suivi de la mammographie unilatérale (QEQK005) dans 21 % des cas et de manière très marginale par la cotation QEQK004² (qui n'est effectivement pas prévue à cet effet).

→ UN ADRESSAGE TRÈS MÉDICALISÉ

Dans plus de 95 % des cas, les femmes sont adressées spécifiquement par un médecin. Dans 44,6 %, il s'agit d'un oncologue/cancérologue. Dans une proportion sensiblement équivalente, elles sont adressées à parité par leur médecin généraliste (25,9 %) et leur gynécologue (23,7 %). La proportion des gynécologues diminue à mesure que la tranche d'âge augmente (25,2 % dans la tranche 50-74 ans et 20,7 % dans la tranche > 74 ans). Celles des oncologues tend à légèrement régresser à mesure que les patientes vieillissent, passant de 46,5 % dans la tranche d'âge du dépistage à 40,5 %. Ces deux groupes sont compensés par les médecins généralistes dont l'adressage pour suivi de cancer augmente, passant de 22,6 à 33,1 %. Cette forte médicalisation du suivi permet de tenir un suivi rapproché et rigoureux des femmes.

→ UN SUIVI RAPPROCHÉ

Sénolog recense la date de la dernière mammographie. Cela permet de connaître le rythme de suivi des femmes. Dans 76 %, il s'agit d'un suivi à un an. 4 % des femmes suivies ont un suivi plus rapproché (moins d'un an) et 12 % ont un suivi à deux ans. 92 % des femmes sont donc suivies conformément aux recommandations. Ces pourcentages n'ont pas varié depuis la dernière étude publiée il y a quatre ans. Seules 4 % des femmes ont un suivi à trois ans et plus, alors que pour 4 % d'entre elles, il n'y aurait pas de mammographie antérieure. Sur ce



dernier point, on peut penser qu'il existe une confusion entre l'absence de mammographie antérieure et l'absence d'information sur une mammographie antérieure. De manière symétrique, après l'examen, une très forte majorité des femmes suivies entre 50 et 74 ans (82 %) se voient proposer un suivi à un an. 10 % se voient proposer un suivi à deux ans, et près de 6 % un suivi à trois ou six mois. Les cas de prélèvement ou de chirurgie sont peu nombreux, soit respectivement 1,72 % et 0,62 %.

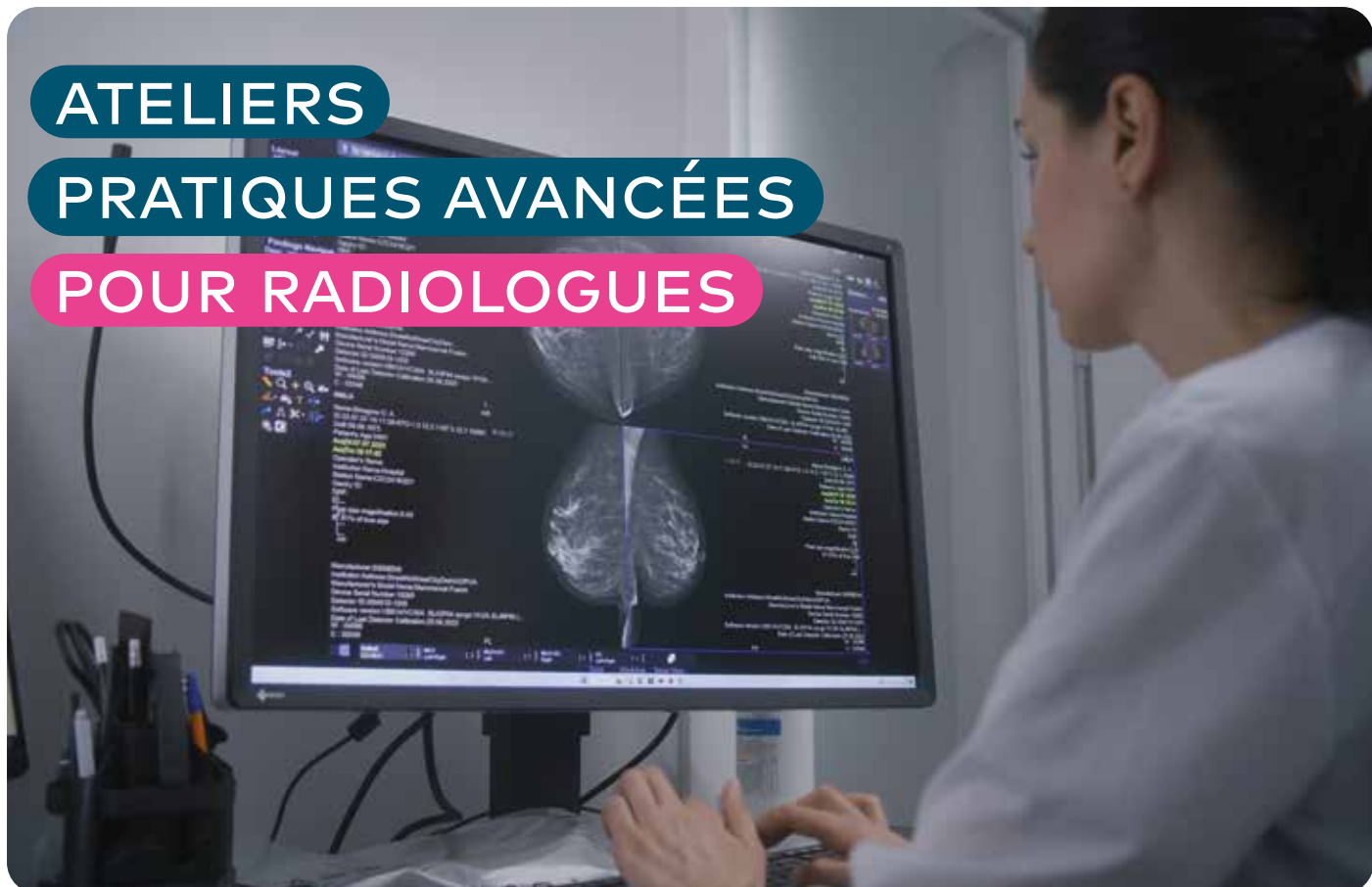
→ UN SCORE ACR COHÉRENT

Les radiologues utilisent correctement le score ACR. 93,1 % de ces examens de suivi sont scorés ACR 2, et 3 % ACR 1. Les ACR 4 et 5 représentent 2,1 % des suivis, ce qui est cohérent avec les propositions de prélèvement ou de chirurgie. Seule la base Sénolog, même incomplète, permet d'éclairer une partie de l'activité sénologique moins médiatique, mais tout aussi fondamentale que le dépistage, à savoir l'organisation du suivi des patientes ayant des antécédents de cancer du sein. Cette activité – qui représente près de 10 % de l'activité totale de sénologie en France – est particulièrement bien structurée par les radiologues libéraux. Les taux de suivi sont dans les fourchettes attendues, et la prise en charge est parfaitement conforme aux recommandations de suivi, de conduite à tenir et de score ACR.

¹ QEQK001 Mammographie bilatérale

² QEQK004 Mammographie de dépistage

ATELIERS PRATIQUES AVANCÉES POUR RADIOLOGUES



Radiologues formés
pour le dépistage
organisé, souhaitant
se perfectionner



Enseignement
en présentiel



7 Heures



Tarif 1 190 €
(adhérents FNMR : 1 050 €)

PERFECTIONNEMENT EN SÉNOLOGIE

VENDREDI 18 DÉCEMBRE

Participez à une journée intensive de formation pratique
sur des consoles de diagnostic, dans des conditions proches
de la réalité.

Vous aurez l'occasion de travailler sur des cas réels couvrant toutes les modalités actuelles : mammographie, échographie, tomosynthèse, IRM, et angio-mammographie. Analysez des images allant du simple au complexe, y compris les images pièges, avec des corrections apportées par des formateurs spécialisés. Ce programme inclut également des opportunités d'échange avec d'autres confrères.

Les places étant limitées, réservez dès maintenant pour garantir votre participation. Pour plus d'informations et pour vous inscrire, visitez notre site web ou contactez-nous directement.

La formation est conçue par le Dr Romain Foucher, radiologue et référent sénologie Forcomed. Elle est dispensée par les **Drs Chantal Feger, Romain Foucher et Emmanuèle Maissiat**.



Scannez
ce QR code
pour obtenir
le lien

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

FORCOMED
Formations pour les Métiers de la Radiologie

« Moderniser sans renoncer à la qualité »



Nicolas SCOTTÉ,
directeur général de l'Institut
national du cancer

Éviter des milliers de décès, détecter plus tôt les cancers et garantir un accès équitable aux examens : le dépistage organisé reste un enjeu majeur de santé publique. Entre innovations technologiques, personnalisation des parcours et nouveaux programmes, Nicolas Scotté esquisse les évolutions qui façonnent son avenir.

→ **Vingt-deux ans après son lancement, quel bilan tirez-vous du dépistage organisé du cancer du sein ?**

Le dépistage organisé des cancers du sein demeure un levier majeur de santé publique. Les chiffres récents le démontrent : 23 000 décès¹ ont pu être évités au cours des quinze premières années du programme, tout en favorisant des diagnostics plus précoces et des traitements moins lourds et moins agressifs. Chaque année, près de 10 000 cancers agressifs sont détectés plus tôt et 60 % des tumeurs le sont à un stade précoce. La stagnation du taux de participation reste toutefois un point de vigilance, alors que le recours au dépistage individuel se poursuit. Nous devons promouvoir le dispositif, mais aussi mieux faire connaître ses bénéfices : double lecture, contrôle qualité des mammographes, formation continue des professionnels, prise en charge à 100 % et égalité d'accès. Cette ambition collective doit être renforcée sans perdre son exigence fondatrice.

→ **Pourquoi le non-recours persiste-t-il malgré les campagnes de sensibilisation et les progrès du dispositif ?**

Le non-recours ne traduit pas un manque d'intérêt pour la prévention. Les messages sont globalement entendus, mais ils ne suffisent pas toujours. Prendre rendez-vous, particulièrement dans les territoires où l'offre d'imagerie est insuffisante, organiser un déplacement ou surmonter la crainte d'un diagnostic sont des freins persistants. Nous devons rendre les démarches plus simples, plus visibles et plus attractives, notamment grâce à des rendez-vous prépositionnés dès l'invitation. La réponse doit également être territoriale. Les ARS, les CPTS, les professionnels de proximité, les associations, les médiateurs en santé, les aidants et les acteurs locaux jouent un rôle essentiel. L'objectif est

de mettre en œuvre une universalité proportionnée : un cadre commun pour toutes les femmes, mais des actions adaptées aux réalités locales, aux publics précaires, aux personnes en situation de handicap et aux territoires ultramarins. Ce sera une condition sine qua non pour réduire durablement les inégalités d'accès au dépistage.

→ **Quelles transformations sont envisagées pour améliorer la participation et la performance du programme ?**

Nous entrons dans une phase de transformation majeure. Le dépistage organisé doit intégrer les innovations capables d'améliorer sa qualité, sa fluidité et sa pertinence. L'intelligence artificielle pourra soutenir l'expertise du radiologue, la tomosynthèse poursuit son développement, la dématérialisation devient incontournable et les banques d'images permettront de tester et d'évaluer les algorithmes dans des conditions optimales. Mais la modernisation ne se réduit pas au progrès technologique. Elle passe aussi par un parcours plus lisible pour les patientes, un meilleur rapprochement entre dépistage organisé et individuel, et une intégration renforcée dans les démarches préventives. Grâce à MyPeBS et aux données du registre national des cancers, nous pourrions mieux identifier les niveaux de risque, suivre les patientes les plus exposées et construire une stratégie plus ciblée, ajustée au profil de chacune.

→ **Le programme IMPULSION ouvre-t-il une nouvelle ère du dépistage organisé, notamment pour le cancer du poumon ?**

Le programme de recherche IMPULSION constitue une étape déterminante pour le dépistage du cancer du poumon. Les premières inclusions ont débuté en mai dans les cinq régions pilotes ; il est prématuré d'en tirer un bilan consolidé. Les premiers retours sont néanmoins encourageants. Les appels au 3433 témoignent d'un réel engouement, y compris chez des fumeurs et anciens fumeurs davantage sensibilisés au bénéfice d'un dépistage précoce. La généralisation devra cependant être menée avec méthode. Contrairement à d'autres programmes, ce dispositif cible une population à risque et non une simple tranche d'âge, ce qui suppose d'inventer de nouveaux modes de repérage, d'invitation et de suivi. Il faudra aussi articuler systématiquement dépistage et sevrage tabagique, mobiliser les territoires et bâtir une organisation nationale capable d'atteindre durablement près de quatre millions de personnes.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ « Évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein », INCa (mars 2026).

« La proximité est la clé pour réduire les inégalités »



Philippe BERGEROT,
président de la Ligue nationale
contre le cancer

Face aux limites persistantes du dépistage organisé, Philippe Bergerot plaide pour une prévention plus proche des territoires.

Le président de la Ligue contre le cancer mise sur quatre priorités : accompagner davantage les femmes concernées, réduire les disparités d'accès, valoriser le rôle des radiologues et tirer parti des innovations technologiques.

→ **Quelles sont les limites structurelles du programme national de dépistage organisé du cancer du sein ?**

Le taux de participation est clairement insuffisant. Malgré les efforts déployés et les bénéfices démontrés, ce programme de santé publique ne couvre pas efficacement toutes les femmes éligibles. Beaucoup ne connaissent pas le dispositif ni ses modalités et ses avantages, notamment la gratuité, qui est un gage d'équité. Dans certains territoires, des obstacles culturels, sociaux ou linguistiques compliquent la réception des messages de prévention. La dimension émotionnelle est également un facteur limitant : la peur du diagnostic, la crainte de découvrir une maladie ou encore la réputation parfois douloureuse de la mammographie sont des freins réels. Faute de symptômes ressentis, la santé passe souvent au second plan, loin derrière les contraintes familiales, professionnelles ou financières. Pour améliorer durablement leur adhésion, il faut développer des actions ciblées, personnalisées et adaptées aux réalités vécues par les personnes directement concernées.

→ **Les inégalités d'accès au dépistage restent importantes. Quelles actions vous paraissent prioritaires pour les réduire ?**

Les disparités territoriales restent profondément marquées. Dans certains secteurs, la distance pour accéder aux cabinets ou aux centres de radiologie est un obstacle rédhibitoire, en particulier pour les femmes âgées, isolées ou rencontrant des difficultés de mobilité. Outre les contraintes géographiques, la précarité et la vulnérabilité éloignent les publics fragiles des démarches préventives qui leur sont pourtant prioritairement

destinés. Il convient donc de renforcer les stratégies dites « aller vers », en mobilisant les associations, les médiateurs de santé et les patients ressources pour informer, rassurer et accompagner les patientes vers le dépistage. Les aidants, les bénévoles associatifs et les acteurs de santé communautaire sont également des relais précieux pour favoriser un climat de confiance.

→ **Quel bilan tirez-vous des campagnes Octobre Rose ? Faut-il faire évoluer le modèle pour gagner en efficacité ?**

Octobre Rose est un formidable levier de mobilisation et de visibilité autour du cancer du sein. Pour autant, cette campagne ne peut plus être le seul temps fort de la prévention. Elle doit être envisagée comme le point de départ d'un engagement qui se poursuit toute l'année. Les enjeux du dépistage doivent être replacés au cœur du récit et le message clarifié : détecter plus tôt permet de mieux soigner. Les progrès thérapeutiques offrent de meilleurs résultats lorsque la maladie est identifiée précocement. Les traitements proposés sont moins lourds, les complications réduites et les chances de guérison améliorées. Le discours doit donc être résolument positif et orienté vers les bénéfices concrets pour les patientes. Pour gagner en efficacité, les actions de communication doivent être adaptées aux publics ciblés. Aucune piste ne doit être écartée, y compris les réseaux sociaux, qui peuvent devenir de puissants canaux de sensibilisation.

→ **Comment renforcer la place des radiologues libéraux dans le dépistage organisé ? Quel apport peut-on attendre de l'intelligence artificielle ?**

Les radiologues libéraux sont au cœur de la réussite du dépistage organisé. Leur savoir-faire est indispensable pour réaliser les examens, interpréter les images et assurer la fiabilité du diagnostic. Le dispositif repose également sur la double lecture, qui constitue une garantie supplémentaire de qualité et de sécurité. La mammographie souffre néanmoins d'un déficit d'attractivité, notamment auprès des jeunes praticiens. Cette activité requiert une expertise spécifique, une vigilance constante et un haut niveau de responsabilité médicale, encore insuffisamment reconnus et valorisés. Une politique de prévention ambitieuse nécessite des moyens et des investissements conséquents. L'intelligence artificielle ouvre des perspectives diagnostiques et organisationnelles prometteuses. Les algorithmes ne remplaceront pas le radiologue, mais ils pourront consolider son expertise, optimiser les parcours et affiner le ciblage des populations dépistées. L'avenir dépendra de cette complémentarité entre expertise humaine et innovation.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Associations de patientes

Rétablir la confiance, relancer le dépistage

Au-delà des campagnes nationales, les associations de patientes jouent un rôle croissant pour restaurer la confiance et favoriser la participation au dépistage organisé du cancer du sein. Peur du diagnostic, inégalités sociales, faux positifs ou complexité du parcours : leurs témoignages éclairent les obstacles persistants et les leviers les plus efficaces pour les surmonter.

« ALLER AU-DEVANT DES FEMMES »



Catherine ADLER TAL,
présidente d'Étincelles

Pour Catherine Adler Tal, la prévention ne peut progresser sans aller davantage vers les femmes qui échappent encore au dépistage. Une sensibilisation permanente et l'implication des acteurs de proximité sont essentielles.

→ **Celles qui échappent au dépistage.** « Les principaux obstacles tiennent au manque de temps, à la crainte de la douleur, à l'angoisse du diagnostic et à une information insuffisante. Certaines femmes jeunes se disent que cela ne les concerne pas. À l'inverse, certaines femmes âgées estiment qu'il n'est plus nécessaire de se faire suivre. Sont particulièrement concernées les femmes de moins de 50 ans sans antécédents, qui ne reçoivent pas de convocation dans le cadre du programme national, celles qui vivent dans des déserts médicaux et n'ont pas le temps de parcourir des kilomètres pour accéder à un examen, ainsi que les femmes de plus de 73 ans qui jugent inutile de poursuivre le dépistage. »

→ **Sortir d'Octobre Rose.** « Il existe trop peu de campagnes de sensibilisation en dehors d'Octobre Rose. Les gynécologues et les médecins généralistes occupent une place centrale dans la promotion du diagnostic précoce. Il faut expliquer que, même si cette démarche peut générer de l'inquiétude, il est beaucoup plus risqué de découvrir une maladie à un stade avancé, lorsque les traitements deviennent plus lourds.

Inversement, lorsqu'il est détecté tôt, le cancer du sein se soigne efficacement et peut, dans de nombreux cas, être guéri. Il est également essentiel de rappeler que les femmes jeunes comme les plus âgées ne sont pas exemptes du risque de développer la maladie. La vigilance doit rester de mise à tous les âges. »

→ **Mieux accompagner l'incertitude.** « Lorsqu'un résultat est incertain, il peut être nécessaire de réaliser des examens complémentaires, afin de confirmer ou d'écarter une suspicion et d'apporter une réponse claire à la patiente. En cas de diagnostic positif, un accompagnement psychologique peut s'avérer précieux. Certaines femmes n'en ressentent pas le besoin immédiatement, mais cette nécessité peut émerger au fil du parcours de soins ou après la fin des traitements. D'où l'importance d'une réévaluation régulière de leur état psychologique. »

→ **Activer tous les relais.** « Une information claire et accessible demeure le meilleur moyen de restaurer la confiance des femmes. Les associations sont en première ligne, mais leur visibilité reste souvent cantonnée à Octobre Rose. Or le cancer du sein est un enjeu de santé publique qui se pose tout au long de l'année. Si leurs adhérentes sont déjà engagées dans une prise en charge et ne relèvent donc plus du dépistage, elles sont néanmoins un puissant relais de sensibilisation auprès de leur entourage. Au-delà des médecins généralistes et des gynécologues, les pharmaciens représentent un maillon de proximité particulièrement précieux. Facilement accessibles, notamment dans les territoires ruraux, ils peuvent contribuer à sensibiliser leur patientèle et à encourager le recours au dépistage tout au long de l'année. Les paramédicaux peuvent également jouer un rôle important. Kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, ostéopathes ou autres professionnels sont régulièrement en contact avec des femmes pour des motifs sans lien avec cette pathologie. Chacun peut participer à la diffusion d'un message de prévention et contribuer à favoriser un diagnostic plus précoce. »

« NE JAMAIS LAISSER SEULES LES PATIENTES »



Dominique VEXIAU,
vice-présidente
d'Europa Donna France

Pour Dominique Vexiau, la peur demeure le principal frein au dépistage. Une information plus positive et un accompagnement réactif sont essentiels pour restaurer la confiance des femmes.

→ **La peur reste le premier frein.** « Le dépistage organisé du cancer du sein traverse une période difficile. Non seulement les objectifs de participation ne sont pas atteints, mais, dans de nombreuses régions, ils reculent. Le principal obstacle demeure la peur : peur de la maladie, peur de la mort, peur de la douleur liée à l'examen. Pour certaines femmes, une expérience désagréable ou une sensibilité particulière au niveau des seins peut rendre la mammographie particulièrement difficile à vivre. À cela s'ajoutent la crainte d'un diagnostic erroné, les difficultés d'accès aux soins et les contraintes du quotidien. Une attente téléphonique interminable, un délai trop important pour obtenir un rendez-vous ou un parcours administratif complexe entraînent fréquemment découragement et renoncement. Certaines populations restent également éloignées du dépistage pour des raisons économiques, sociales ou culturelles. Ce sont souvent les femmes les plus vulnérables qui cumulent les obstacles. »

→ **Montrer les réussites.** « Les actualités font davantage référence aux décès liés au cancer qu'aux millions de personnes qui vivent après la maladie. Ce déséquilibre entretient les inquiétudes, tout comme le déficit d'éducation à la santé. Les campagnes de sensibilisation gagneraient à mettre davantage en avant des témoignages positifs de femmes d'âges, d'origines et de parcours différents, qui ont guéri et retrouvé une vie normale. "Oui, le dépistage m'a permis de découvrir mon cancer. Oui, cette annonce a été un choc. Mais j'ai été soignée, j'ai repris le cours de ma vie et je vais bien aujourd'hui." Ce type de message est indispensable. Il rappelle qu'un diagnostic précoce n'est pas seulement l'annonce d'une maladie : c'est aussi la possibilité d'être pris en charge plus tôt et dans de meilleures conditions. »

→ **Faire face aux doutes.** « Le vécu des femmes confrontées à un faux positif ou à un résultat incertain n'est pas suffisamment pris en considération. Au-delà d'un éventuel soutien psychologique, elles ont avant tout besoin d'être accompagnées, informées et guidées. Les jours qui suivent un examen anormal sont souvent marqués par l'incertitude et de nombreuses interrogations. Cette période ne doit jamais être sous-estimée. »

→ **Accompagner sans attendre.** « Il est essentiel d'agir dès qu'une anomalie est détectée : organiser rapidement une biopsie, informer le médecin prescripteur et fixer un rendez-vous dans les meilleurs délais. L'objectif doit être simple : veiller à ce que la patiente se sente attendue et accompagnée tout au long de sa prise en charge. Une coordination fluide entre les différents professionnels est un facteur majeur de confiance. C'est à cette condition que les femmes adhéreront davantage aux parcours de dépistage et de soins. Europa Donna France est pleinement engagée dans cette démarche et se mobilise chaque jour pour soutenir les patientes à chaque étape de leur parcours. »

« LEVER LES FREINS DU QUOTIDIEN »



Catherine SIMONIN,
présidente de la commission
société et politiques de santé
de la Ligue nationale contre le
cancer (au nom de France Assos
Santé)

Les freins au dépistage traduisent avant tout des inégalités sociales et territoriales. Catherine Simonin plaide pour une information équilibrée et un accompagnement de proximité adapté aux besoins des femmes.

→ **Des inégalités persistantes.** « Les obstacles à la participation au dépistage organisé sont nombreux et souvent cumulatifs : crainte du cancer, du diagnostic, de la douleur ou d'examen complémentaires, mais aussi manque de confiance, expériences médicales



→ antérieures, barrières culturelles et difficultés d'accès aux soins. Les études qualitatives françaises mettent en évidence ces freins dans l'ensemble des milieux sociaux, avec un poids important des représentations de la maladie, de la pudeur et du rapport au système de santé. Il convient toutefois de ne pas réduire la non-participation à des choix individuels : les contraintes organisationnelles, telles que les délais de rendez-vous, l'éloignement géographique, la disponibilité des cabinets, ainsi que les obligations familiales ou professionnelles, jouent un rôle majeur. Certaines femmes se retrouvent ainsi en situation d'exclusion : personnes précaires, isolées, allophones, en situation de handicap, migrantes ou dépourvues d'un suivi gynécologique régulier. La Drees montre que les femmes les plus aisées recourent 1,6 fois plus au dépistage du cancer du sein que les plus modestes, tandis que Santé publique France rapporte un taux de participation limité à 44 % en 2024. »

→ **Informers sans prescrire.** « Il faut distinguer sensibilisation et injonction. Informer ne consiste pas à dire aux femmes ce qu'elles doivent faire, mais à leur donner les moyens de comprendre les bénéfices et les limites du dépistage, afin de prendre une décision éclairée. Les messages délivrés doivent donc être clairs, loyaux et proportionnés : diagnostic plus précoce, traitements potentiellement moins lourds, double lecture des mammographies, mais aussi risque de faux positifs, examens complémentaires non remboursés dans leur intégralité ou pouvant entraîner des dépassements d'honoraires, surdiagnostic et éventuelle anxiété. Les campagnes nationales demeurent utiles pour diffuser ces informations à grande échelle et rappeler les garanties du programme organisé. Néanmoins, elles atteignent plus difficilement les femmes les plus éloignées du système de santé et peuvent susciter saturation ou culpabilisation lorsqu'elles reposent excessivement sur des messages prescriptifs. Les démarches les plus efficaces sont celles qui privilégient l'échange : recours à un professionnel de confiance, décision partagée, supports accessibles et traduits, médiation associative, femmes relais et actions d'aller-vers dans les quartiers prioritaires, les entreprises ou les structures médico-sociales. »

→ **L'impact des faux positifs.** « Le programme de dépistage offre des garanties essentielles :

mammographie prise en charge, radiologues agréés, double lecture et bilan diagnostique en cas d'image suspecte. En revanche, l'accompagnement après la découverte d'une anomalie demeure perfectible. Cette période est souvent marquée par l'attente, l'incertitude, la crainte de la maladie, la réalisation d'examen complémentaires ou la perspective d'une biopsie. Les faux positifs, estimés à 87 pour 1 000 femmes dépistées en France, ne constituent pas de simples incidents techniques. Une revue qualitative publiée dans le *British Journal of Cancer*¹ montre qu'ils peuvent provoquer un choc, un sentiment de perte de contrôle et une inquiétude durable lorsque les explications délivrées sont insuffisantes. Une revue systématique du NIHR² conclut que la détresse spécifique liée au cancer du sein peut persister jusqu'à trois ans, notamment après des examens invasifs. Une cohorte publiée en 2024 dans *Annals of Internal Medicine*³ objective également une diminution de la participation ultérieure au dépistage après un faux positif. Il apparaît donc indispensable de renforcer l'accompagnement : délais raccourcis, interlocuteur clairement identifié, explications adaptées et soutien psychologique lorsque cela est nécessaire. »

→ **Réduire les distances.** « Restaurer la confiance implique de reconnaître que l'éloignement du dépistage ne résulte pas uniquement d'un déficit d'information, mais qu'il est souvent la conséquence d'inégalités sociales, territoriales, culturelles ou organisationnelles. Les associations, les médiateurs en santé et les femmes relais ont toute leur place dans cette dynamique, car ils favorisent une parole de proximité, moins institutionnelle et davantage ancrée dans les réalités du terrain. Parmi les dispositifs dont l'efficacité est la mieux documentée figurent la navigation en santé, l'aide à la prise de rendez-vous, les rappels personnalisés par SMS ou téléphone, ainsi que l'accompagnement par un professionnel de confiance. Les méta-analyses confirment que la navigation en santé améliore significativement la participation au dépistage du cancer du sein, avec une hausse de 13,8 points observée dans une analyse publiée dans *JAMA Internal Medicine*⁴. Ces dispositifs doivent être complétés par des mesures facilitant concrètement l'accès aux examens : créneaux dédiés, solutions de transport, initiatives de proximité dans les quartiers prioritaires, les lieux de travail et les structures sociales ou médico-sociales. »

¹ Long, H., Brooks, J.M., Harvie, M. et al. How do women experience a false-positive test result from breast screening? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Br J Cancer* 121, 351–358 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41416-019-0524-4>

² Bond M, Pavey T, Welch K, Cooper C, Garside R, Dean S, Hyde C. Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. *Health Technol Assess*. 2013 Mar;17(13):1-170, v-vi. doi: 10.3310/hta17130. PMID: 23540978; PMCID: PMC4781086.

³ Miglioretti DL, Abraham L, Sprague BL, Lee CI, Bissell MCS, Ho TH, Bowles EJA, Henderson LM, Hubbard RA, Tosteson ANA, Kerlikowske K. Association Between False-Positive Results and Return to Screening Mammography in the Breast Cancer Surveillance Consortium Cohort. *Ann Intern Med*. 2024 Oct;177(10):1297-1307. doi: 10.7326/M24-0123. Epub 2024 Sep 3. PMID: 39222505; PMCID: PMC11970968.

⁴ Nelson HD, Cantor AG, Pappas M, Blackie K, Yu Y, Fu R. Patient Navigation Services for Breast and Cervical Cancer Screening and Follow-Up: A Meta-Analysis. *JAMA Intern Med*. 2025;185(8):976–985. doi:10.1001/jamainternmed.2025.1590

« RÉINVENTER LA PRÉVENTION »



Maureen GOVART,
présidente de
Mon bonnet rose

La peur n'explique pas tout. Maureen Govart rappelle que les inégalités sociales, la précarité et la défiance envers le système de santé pèsent lourdement sur la participation au dépistage.

→ **Des obstacles bien réels.** « Notre expérience de terrain montre que les obstacles au dépistage sont rarement liés à un seul facteur. La peur du diagnostic reste centrale, mais elle se mêle souvent à une méfiance envers le système de santé, nourrie par des expériences médicales antérieures douloureuses ou minimisées. Le manque de temps, la précarité et l'éloignement géographique excluent aussi durablement certaines personnes, notamment dans les territoires ruraux ou en situation de vulnérabilité sociale. Nous constatons également qu'une partie du public concerné ne se sent tout simplement pas visée avant 50 ans, ou redoute de "déranger" pour un examen perçu comme secondaire face aux contraintes du quotidien. »

→ **Sensibiliser sans culpabiliser.** « Les campagnes actuelles restent souvent trop injonctives, centrées sur le "il faut" plutôt que sur le dialogue. Notre conviction est simple : l'adhésion naît davantage de l'identification que

de l'injonction. Les récits d'expérience ont souvent plus d'impact que les statistiques. Les formats de proximité, qu'il s'agisse d'ateliers, d'échanges entre pairs ou de contenus diffusés sur les réseaux sociaux, avec un ton chaleureux et parfois même de l'humour, contribuent à apaiser les inquiétudes bien mieux qu'un discours médical descendant. Normaliser le sujet sans le dramatiser, c'est tout l'enjeu. Cela suppose aussi de diversifier les profils et les porte-parole, afin que chacune puisse se reconnaître dans ce message de prévention. »

→ **L'angoisse oubliée.** « C'est l'une des principales zones de fragilité du dispositif. Le vécu d'un faux positif ou d'un résultat incertain génère une anxiété rarement prise en charge, alors qu'elle peut être presque aussi éprouvante qu'un diagnostic de cancer. Les personnes que nous accompagnons expriment un besoin fort d'espaces d'échange non médicalisés, où elles peuvent partager leurs doutes sans crainte d'être jugées. Un renforcement du soutien psychologique, y compris avant l'annonce des résultats, nous paraît indispensable pour éviter que certaines traversent seules cette période d'attente particulièrement éprouvante. »

→ **Reconstruire la confiance.** « Le lien se construit dans la durée, pas au rythme de campagnes ponctuelles. Les associations jouent un rôle de relais de proximité que l'institution ne peut assumer seule, mais cette contribution demeure encore insuffisamment reconnue dans les politiques publiques, notamment sur les plans du financement et de la reconnaissance institutionnelle. Un véritable maillage territorial, associant professionnels de santé et acteurs de terrain, permettrait de retisser le contact avec les populations les plus éloignées du dispositif et de renforcer durablement leur participation au dépistage. »

« INFORMER, ÉCOUTER, DONNER CONFIANCE »



Éveline BARBEAU,
présidente
d'Une Luciole dans la nuit

Pour Éveline Barbeau, la peur, les idées reçues et le manque d'information continuent de freiner la participation au dépistage. La confiance, l'écoute et la proximité humaine sont les leviers les plus efficaces pour encourager les femmes.

→ **Lever les idées reçues.** « Au fil de nos accompagnements et de nos actions de prévention, nous constatons que les principaux freins au dépistage organisé restent avant tout liés à la peur et aux idées reçues. Beaucoup de femmes redoutent les rayons X, la douleur de l'examen ou encore les



→ conséquences d'un éventuel diagnostic. Pourtant, comme l'expliquent les radiologues, la dose de rayons utilisée est très faible et la mammographie, même si elle peut être inconfortable, a beaucoup évolué. Nous rencontrons aussi des femmes qui choisissent un suivi individuel sans toujours savoir qu'elles renoncent alors aux garanties du dépistage organisé, notamment à la double lecture des mammographies normales. Pour Une Luciole dans la nuit, mieux informer sur le déroulement complet de l'examen dans le cadre du dépistage organisé et sur l'ensemble de ses bénéfices constitue un levier essentiel pour restaurer la confiance et favoriser une participation éclairée. »

→ **L'écoute avant l'obligation.** « Notre expérience du terrain nous montre qu'une femme adhère davantage au dépistage lorsqu'elle se sent écoutée plutôt que lorsqu'elle se sent sommée d'agir. Les campagnes de prévention gagnent à expliquer les bénéfices du dépistage avec des mots simples, sans dramatiser ni culpabiliser celles qui hésitent encore. Les témoignages, les rencontres de proximité et le dialogue avec les professionnels de santé et les associations créent une relation de confiance bien plus durable qu'un discours anxiogène. Nous pensons

également qu'il est essentiel de rappeler que toutes les femmes n'ont pas le même niveau de risque et que le dépistage doit s'inscrire dans une démarche de prévention personnalisée, adaptée à chaque situation, en lien avec leur médecin. »

→ **Apaiser l'attente.** « Nous observons que le parcours d'une femme ne s'arrête pas au résultat de sa mammographie. Un faux positif, un examen complémentaire ou une simple période d'attente peuvent générer une forte anxiété, même lorsqu'aucun cancer n'est finalement diagnostiqué. Ces moments d'incertitude mériteraient d'être davantage pris en compte et explicités. Nous constatons également qu'une écoute bienveillante, une information claire sur les étapes à venir et une orientation rapide vers des ressources adaptées permettent de diminuer le sentiment d'isolement et l'anxiété. Les associations comme Une Luciole dans la nuit, qui conjuguent humanité, bienveillance, professionnalisme et réactivité, peuvent apporter ce soutien complémentaire grâce à leur proximité avec les femmes concernées, en créant un espace où elles peuvent exprimer leurs inquiétudes et être accompagnées rapidement, sans jugement. »

→ **Le pouvoir du dialogue.** « Nous sommes convaincus que la prévention est d'abord une affaire de proximité humaine. Chaque campagne nous rappelle que de nombreuses femmes ont simplement besoin d'un échange personnalisé pour dépasser leurs interrogations. Les associations ont un rôle essentiel à jouer pour compléter l'action des professionnels de santé, en créant du lien, en diffusant une information fiable et en orientant les femmes vers le parcours le plus adapté à leur situation. Renforcer les partenariats entre les radiologues, les médecins traitants, les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers et les associations, avec les moyens financiers que cela implique, permettrait de développer une prévention plus accessible, davantage personnalisée, mais aussi plus rassurante pour toutes. »

« SIMPLIFIER LE PARCOURS »

Vivre
comme avant.
Association cancer du sein



Annie BROUSSE,
responsable de la
communication
de Vivre Comme Avant

Délais, mobilité, fracture numérique... Les obstacles pratiques restent nombreux. Annie Brousse insiste sur la nécessité d'expliquer, de rassurer et d'accompagner chaque femme tout au long du parcours.

→ **Quand le parcours décourage.** « Les principaux obstacles à la participation au dépistage organisé sont d'ordre pratique et organisationnel. Il peut s'agir de difficultés à trouver un radiologue à proximité du domicile, de délais parfois excessifs pour obtenir un rendez-vous, dépassant trois mois dans certaines régions, ou encore de problèmes de mobilité pour les



RD

femmes vivant à plus de 30 km d'un centre de radiologie et ne disposant pas de moyen de transport. S'ajoutent des difficultés liées à l'utilisation des outils numériques, notamment pour les femmes ne maîtrisant pas la langue française ou pour les personnes âgées qui ne bénéficient pas de l'aide de leurs proches. La perte ou l'oubli de l'invitation initiale peut également constituer un obstacle lorsqu'il est difficile d'obtenir une nouvelle convocation ou des informations pratiques sans passer par le compte Ameli. L'accumulation de ces contraintes favorise le découragement, la lassitude ou le renoncement au dépistage, avec pour conséquence une véritable perte de chance. Par ailleurs, certaines femmes confrontées à une grande précarité considèrent légitimement d'autres priorités comme plus urgentes : la santé de leurs enfants ou de leurs parents âgés passe parfois avant la leur. »

→ **Rassurer pour convaincre.** « Les campagnes de communication devraient avant tout rassurer. Il est essentiel d'expliquer simplement le déroulement de l'examen, sa durée et ses bénéfices, afin de lever les appréhensions liées à l'inconnu. Même si ces éléments figurent déjà dans les supports d'information, ils méritent d'être rappelés régulièrement. La compression du sein reste l'une des principales inquiétudes exprimées par les femmes. Une mammographie n'est pas un examen particulièrement agréable, mais elle est généralement bien tolérée. La pression exercée par les plaques ne dure que quelques secondes : "Comptez jusqu'à cinq et c'est déjà terminé". Il est important de souligner que cette compression est parfaitement sécurisée, sans risque pour la santé. Les patientes doivent également savoir qu'elles peuvent exprimer leurs interrogations ou leurs craintes au radiologue ou à l'équipe de radiologie. Autre enjeu critique : la communication devrait davantage insister sur les données rassurantes. Sur 1 000 femmes âgées de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé, 993 recevront un résultat normal. Sept seulement auront une confirmation de cancer et bénéficieront alors d'une prise en charge spécialisée. Précisons aussi les avantages de la mammographie par rapport à d'autres examens médicaux. Elle ne nécessite ni prise de sang, ni jeûne, ni traitement préparatoire, ni anesthésie, ni hospitalisation. Enfin, il faut réaffirmer sans relâche

que le dépistage est une véritable opportunité. Plus le cancer est identifié tôt, plus les chances de guérison sont élevées. Dans de nombreux cas, cela permet de bénéficier d'une prise en charge moins lourde, de préserver le sein grâce à une chirurgie conservatrice ou encore d'éviter une chimiothérapie. La culpabilité est fréquemment exprimée par les femmes qui découvrent un cancer après avoir reporté ou oublié une mammographie. Cette souffrance peut être amplifiée lorsque l'entourage formule des reproches ou des incompréhensions. »

→ **Les mots comptent.** « Le programme actuel de dépistage organisé est de grande qualité. Il repose sur des procédures rigoureuses et offre des garanties reconnues aux femmes qui y participent. L'annonce des résultats doit être réalisée par le radiologue lui-même. Les informations délivrées, les explications fournies et les éventuelles suites à envisager doivent être adaptées et personnalisées. Cette étape est fondamentale. Lorsque le résultat est suspect ou anormal, les femmes se souviennent souvent très longtemps des mots employés par le professionnel qui les prend en charge. Ces mots seront essentiels pour instaurer la confiance nécessaire à la poursuite du parcours de soins. Lorsqu'aucune anomalie n'est retrouvée ou lorsqu'un résultat initialement inquiétant correspond finalement à un faux positif, le radiologue doit prendre le temps d'expliquer clairement la situation et de conforter la patiente dans la poursuite du dépistage. Dans ce cas, un accompagnement psychologique spécifique n'est généralement pas nécessaire, même si certaines femmes peuvent avoir besoin d'être davantage rassurées. »

→ **Entretenir la mobilisation.** « L'association Vivre Comme Avant diffuse tout au long de l'année, notamment pendant Octobre Rose, des messages simples et mobilisateurs pour encourager les femmes à participer au dépistage : « Mettez toutes les chances de votre côté ! » ; « Une fois tous les deux ans : un rendez-vous à ne pas manquer ! » ; « Un examen qui peut vous sauver la vie ! ». Ces messages tirent leur légitimité de l'expérience vécue par les bénévoles de l'association, qui ont toutes été confrontées au cancer du sein et souhaitent désormais transmettre un message d'espoir et de prévention. »



Le Dr Éric Chavigny prend la présidence de la FNMR et installe son bureau national lors du CA du 20 juin 2026

Le conseil d'administration a procédé aux élections des membres cooptés et des membres du bureau élargi. Les candidats ont été élus à l'unanimité (voir encadré ci-après). Le conseil a été largement centré sur la nouvelle feuille de route de la FNMR pour les trois années à venir, dans un contexte présenté comme particulièrement contraint par le plan d'économies décidé en novembre 2025 et par les baisses tarifaires déjà engagées en imagerie.

Éric Chavigny a présenté la vision stratégique du nouveau bureau, axée sur un double objectif : défendre la radiologie libérale dans les négociations en cours et repositionner la spécialité comme un levier d'efficience pour l'ensemble du système de santé. Le président a également exposé la méthode de dialogue et d'influence envisagée pour les trois prochaines années, incluant la création d'un observatoire médico-économique (ONIM) et le renforcement des alliances syndicales.

CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET NÉGOCIATIONS AVEC LA CNAM

Éric Chavigny rappelle que le plan d'économies imposé à l'imagerie était déjà largement arrêté en novembre 2025, ce qui a fortement limité les marges de négociation ultérieures. La FNMR n'a pas réussi à infléchir la trajectoire générale du plan, mais le mouvement engagé entre novembre et janvier derniers a néanmoins produit des effets politiques, en obligeant la CNAM à rouvrir des discussions avec les syndicats de médecins et à réinscrire la pertinence dans la feuille de route.

Le nouveau bureau a rencontré le directeur général de la CNAM, Thomas Fatôme. Cette rencontre a permis de rouvrir un canal de discussion et de modifier l'image d'une radiologie réputée difficile à faire entrer en discussion. Une première visioconférence bilatérale avait été particulièrement tendue, alors que la rencontre physique à l'Assurance Maladie s'est

déroulée dans un climat plus ouvert, avec une écoute réelle des propositions de la FNMR, conduisant Thomas Fatôme à solliciter une nouvelle rencontre avant fin juillet.

La stratégie défendue pendant ces échanges consiste à reconnaître la situation dégradée des comptes de l'Assurance Maladie, tout en soutenant que la radiologie peut produire des économies sans dégrader l'offre de soins ni réduire mécaniquement les tarifs. Dans cette logique, la FNMR a proposé un plan fondé sur la pertinence, ciblé sur quatre domaines : l'imagerie du rachis, les scapulalgies, les gonalgies et les céphalées, avec un gisement potentiel d'économies estimé à environ 320 millions d'euros.

En contrepartie, les représentants de la FNMR ont demandé un réinvestissement ciblé en faveur des cabinets de proximité et du maintien de l'imagerie en coupe : relèvement du Z radiologique, réouverture de la facturation au-delà du troisième acte, révision des seuils d'activité des forfaits techniques et moratoire sur la baisse prévue en juillet dans l'attente des conclusions du groupe de travail. L'idée d'un levier complémentaire sur les arrêts maladie a aussi été soulevée : une diminution des délais diagnostiques ou thérapeutiques pourrait réduire la durée de certains arrêts. Un enjeu majeur est également la revalorisation de la mammographie de dépistage, pour laquelle l'Assurance Maladie semble ouverte. La création d'une cotation spécifique pour la « consultation de pertinence » est également suggérée afin de quantifier et valoriser cette activité régulatrice des radiologues.

VISION STRATÉGIQUE DE LA RADIOLOGIE LIBÉRALE

Éric Chavigny a présenté la vision à long terme selon laquelle la radiologie ne constitue pas une spécialité médicale comparable aux autres en matière de dynamique de dépense : les actes ne résultent pas d'une auto-prescription, mais s'inscrivent dans une chaîne diagnostique ou thérapeutique articulée avec les médecins demandeurs. Dans cette lecture, le radiologue est présenté comme un régulateur

« LE FIL CONDUCTEUR REPOSE SUR UNE IDÉE FORTE : LA RADIOLOGIE NE DOIT PLUS ÊTRE SEULEMENT DÉFENDUE COMME UN POSTE DE DÉPENSE, MAIS COMME UNE FONCTION DE RÉGULATION, DE PERTINENCE DIAGNOSTIQUE ET D'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOINS »

« OBTENIR UNE RECONNAISSANCE DE LA RADIOLOGIE LIBÉRALE COMME SPÉCIALITÉ MÉDICALE STRATÉGIQUE, COMME ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE SPÉCIFIQUE ET COMME OUTIL D'EFFICIENCE SYSTÉMIQUE »

de pertinence et la radiologie comme une « tour de contrôle » du système de santé, capable d'orienter les parcours, d'accélérer les diagnostics et d'éviter des coûts secondaires plus importants.

L'imagerie médicale ne représente que 2 à 3 % des dépenses de santé, mais elle est stratégique pour générer des économies bien plus vastes : hospitalisation (110 milliards d'euros), arrêts maladie (18 milliards) ou médicaments (16 milliards). Les véritables gisements d'économie sont situés dans les hospitalisations, les arrêts maladie, les traitements coûteux, et plus largement dans toutes les dépenses évitables par un diagnostic plus rapide, une meilleure organisation du parcours ou une intervention radiologique précoce.

Cette vision s'accompagne d'un discours affirmé sur la dimension entrepreneuriale des cabinets et groupes de radiologie. Les radiologues cumulent activité médicale, investissement en santé publique et risque entrepreneurial, avec des équipements lourds, des emprunts personnels, une masse salariale importante et des tarifs fixés par un payeur quasi unique. Le message est clair : il faut assumer cette spécificité économique sans se laisser enfermer dans une lecture purement comptable ou morale des revenus de la profession.

DÉMOGRAPHIE, TECHNOLOGIE ET BESOINS FUTURS

Il est fait état des tensions structurelles qui affectent la profession, en particulier les difficultés de recrutement des radiologues et des manipulateurs. Ces difficultés sont reliées à des choix anciens de limitation de la formation médicale, mais aussi à une représentation persistante de la radiologie comme spécialité essentiellement technique, dont les besoins humains pourraient être compensés par l'intelligence artificielle.

La montée de la radiologie interventionnelle, la surspécialisation, le vieillissement de la population et l'augmentation du volume global de patients sont cités comme autant de facteurs qui vont continuer à accroître le besoin en temps médical radiologique, y compris dans un environnement technologiquement plus performant.

PIMAP ET ORGANISATION TERRITORIALE

Éric Chavigny a rappelé que les Plateaux d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité (PIMAP) sont un axe stratégique majeur, un outil très polyvalent permettant à la fois d'améliorer l'accès au diagnostic, de structurer la coopération locale avec les médecins traitants, d'éviter certaines hospitalisations ou passages aux urgences et de raccourcir des délais ayant un impact économique et social.

L'intérêt des PIMAP est aussi défendu du point de vue de l'organisation professionnelle : un plateau de proximité porté par les radiologues libéraux leur donne davantage de maîtrise qu'un exercice sous forte dépendance des cliniques, lesquelles sont décrites comme des partenaires exerçant une pression importante sur l'organisation et parfois sur les montages juridiques après les réformes des autorisations.

BUREAU FNMR



• **Président :**
Dr Éric CHAVIGNY
(Nouvelle-Aquitaine)

• **Premier vice-président :** Dr Éric GUILLEMOT (PACA)

• **Secrétaires généraux :** Dr Katia GIOBBINI
(Occitanie), chargée de mission auprès de la CSMF ;
Dr Sébastien THIRIAT (Grand Est)

• **Secrétaires généraux adjoints :**
Dr Cédric BROCHART (Hauts-de-France) ;
Dr Éric CHEVALLIER (Bretagne), chargé de mission
auprès d'AVENIR SPÉ ; Dr François JAMBON
(Nouvelle-Aquitaine) ; Dr Éric TEIL (AuRA)

• **Trésorier :** Dr Alain FRANÇOIS (AuRA),
chargé de mission auprès d'AVENIR SPÉ

• **Trésorier adjoint :** Dr Dominique MASSEYS
(Nouvelle-Aquitaine), chargé de mission
auprès du SML

• **Vice-présidents chargés des relations avec
les syndicats représentatifs :** Dr Jean-Charles

BOURRAS (Nouvelle-Aquitaine), chargé de mission
auprès du SML ; Dr Pierre-Jean TERNAMIAN (AuRA),
chargé de mission auprès de la FMF

• **Vice-présidents chargés de mission :**

Dr Jean-Christophe DELESALLE (Hauts-de-France) :
téléradiologie, statuts ; Dr Grégory LENCZNER (IDF) :
sénologie ; Dr Jean-Charles LECLERC (Grand Est) :
formation, qualité

• **Vice-présidents :** Dr Alban COLOSIO (Grand Est) ;
Dr Alexandre FUCHS (IDF) ; Dr Reynald IZZILLO (PACA)

• **Membres :** Dr Paul-Marie BLAYAC (Occitanie) ;
Dr Layla BOULOS (IDF) ; Dr Thomas CAMELLA
(PACA) ; Dr Franck CLAROT (Normandie) ;
Dr Adrien FRISON ROCHE (PACA) ; Dr Frédéric
LEFEVRE (Grand Est) ; Dr Éric MADEUF
(Centre-Val de Loire) ; Dr Emmanuel MUSEUX
(Pays de la Loire) ; Dr Peter PETROW
(Hauts-de-France) ; Dr Coralie RICHA-SICARD (IDF)

- Les PIMAP sont insuffisamment connus des parlementaires ; un travail de lobbying sera nécessaire pour les inscrire dans les Projets Régionaux de Santé (PRS) et faire en sorte que les ARS aient à organiser et autoriser ce type de structure.

FORFAITS TECHNIQUES ET CONTESTATION DU RAPPORT IGAS

La création d'une mission sur les forfaits techniques est présentée comme une première victoire politique, dans un contexte où le rapport IGAS-IGF-HAS a fortement pesé sur le débat public en installant l'idée d'une surévaluation des forfaits et d'une forme de rente. L'objectif du groupe de travail n'est pas l'obtention immédiate d'une revalorisation chiffrée, mais une décrédibilisation méthodique du rapport initial, en montrant l'écart entre ses hypothèses de calcul et la réalité de terrain.

Les critiques visent principalement la méthode employée par l'IGAS, fondée sur des hypothèses insuffisamment robustes, faute d'accès à la complexité réelle des structures d'exercice. Sont cités comme exemples : le sous-dimensionnement du besoin en personnel pour faire fonctionner un scanner, l'absence de prise en compte adéquate de certains postes techniques comme le refroidissement des IRM, ou encore l'insuffisante intégration des coûts de direction et de management dans des groupes pouvant atteindre plusieurs dizaines de radiologues et plus d'une centaine de salariés.

Le raisonnement défendu par la FNMR consiste à montrer l'incohérence entre des allégations de surcotation de 70 à 75 % et des niveaux d'EBITDA réels très inférieurs, autour de 13 % selon les chiffres évoqués. Le groupe de travail prévoit également d'auditionner la SFR, le Conseil professionnel (G4) et le SNITEM, notamment pour documenter les conséquences techniques et industrielles d'un allongement excessif de la durée d'utilisation des appareils.

SYNDICATS, ALLIANCES ET MÉTHODE POLITIQUE

La nouvelle équipe affirme vouloir renouer un dialogue large, non seulement avec la CNAM, le ministère et l'Ordre, mais aussi avec l'ensemble des syndicats polycatégoriels, sans exclusivité. Cette ligne marque une volonté de sortir d'une logique d'alignement préférentiel sur un seul acteur, pour rechercher au contraire des convergences avec toutes les organisations capables de peser dans les négociations.

Les retours des représentants de la FMF et d'Avenir Spé montrent une analyse convergente : les négociations ont été très contraintes, largement pilotées par la CNAM, et n'ont pas véritablement constitué une négociation ouverte. En revanche, deux résultats positifs sont retenus : l'installation d'une commission sur les forfaits techniques et la fin de l'isolement politique de la radiologie.

« MAINTENIR UN DIALOGUE FERME
MAIS OUVERT, MULTIPLIER LES
PREUVES PLUTÔT QUE LES SEULES
DÉCLARATIONS, ET INVESTIR
DAVANTAGE LE TERRAIN POLITIQUE,
TERRITORIAL ET INTERSYNDICAL POUR
FAIRE RECONNAÎTRE LA PLACE DE LA
RADIOLOGIE DANS LES CHOIX FUTURS
DU SYSTÈME DE SANTÉ »

CONVENTION COLLECTIVE ET POLITIQUE SALARIALE

Un point spécifique a été consacré à la convention collective des cabinets médicaux. La grille salariale n'a pas évolué depuis janvier 2024 et plusieurs bas niveaux sont désormais rattrapés ou dépassés par le SMIC. La révision en cours prévoit notamment un étirement de la grille par l'ajout d'un cinquième critère, la polyvalence, destiné à mieux différencier les fonctions selon la réalité des tâches accomplies.

Une proposition d'augmentation significative devrait être formulée, en tenant compte de l'inflation cumulée depuis 2024, avec un objectif d'accord en juillet.

POINTS DIVERS

- **Déplacements régionaux** : Éric Chavigny souhaite organiser des déplacements en région avec des membres du bureau, afin de rapprocher le niveau national des adhérents et de renforcer la syndicalisation, en particulier dans les grands groupes issus des concentrations récentes. Une stratégie de syndicalisation sera élaborée avec le trésorier pour encourager l'adhésion des groupes.
- **PIMAP** : Mener un travail de lobbying pour faire reconnaître officiellement les PIMAP dans les PRS.
- **ONIM** : L'idée de créer un observatoire médico-économique de l'imagerie médicale a été avancée. Cet observatoire aurait pour vocation de produire des analyses partagées, de documenter les charges réelles, d'étudier les parcours patients et, à terme, de fournir des rapports annuels utilisables dans les négociations conventionnelles.
- **Formation** : Un rappel a été fait sur l'offre de formation portée par Forcomed, avec invitation à poursuivre les formations et à participer à la Forcomed Académie, programmée le vendredi 11 septembre 2026 (CA le 12 septembre, même hôtel).

(*) Bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissement.

Secteur 2 et remplacement

Ce que les jeunes radiologues doivent savoir

Accès au secteur 2, prise en compte de l'année de docteur junior, exercice en ESPIC, activité de remplacement avant installation... Plusieurs situations suscitent des interrogations chez les jeunes radiologues au moment de leur entrée dans la vie professionnelle. Éclairage pratique sur les règles applicables.

→ 1 – ACCÈS AU SECTEUR 2 : QUELLES CONDITIONS POUR LES ANCIENS ASSISTANTS HOSPITALIERS ?

Le titre d'ancien assistant des hôpitaux est acquis après deux années de fonctions effectives. Il s'agit de la condition de base permettant d'accéder directement au secteur 2.

Docteur junior : une année désormais prise en compte

La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a confirmé qu'une année accomplie sous le statut de docteur junior est prise en compte au titre de l'une des deux années requises pour l'acquisition du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux. La phase 3, dite de consolidation du troisième cycle des études de médecine, lorsqu'elle est validée, est ainsi comptabilisée comme l'une des deux années nécessaires à l'obtention de ce titre. En pratique, une année de docteur junior et une année d'assistantat permettent de totaliser les deux années exigées. Une seule année de fonctions en tant qu'assistant des hôpitaux est alors suffisante.

Le cas particulier des ESPIC

La situation d'un radiologue ayant exercé dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC) diffère toutefois de celle d'un praticien ayant effectué sa seconde année dans un établissement public de santé. Les CLCC, tels que l'ICM (Institut du Cancer de Montpellier), sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et non des établissements publics de santé. Lorsque les fonctions ouvrant droit aux titres précités ont été exercées alternativement dans des établissements publics de santé et dans des ESPIC, la demande d'accès au secteur à honoraires différents (secteur 2) est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence des titres. La convention médicale prévoit néanmoins une exception : les médecins nommés dans des fonctions ouvrant droit à ces titres, mais affectés en ESPIC par les autorités hospitalières publiques, relèvent de la procédure



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

automatique et non de la procédure d'équivalence. Dans l'examen des dossiers soumis au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), la règle de comptabilisation de l'année de docteur junior s'applique également aux médecins ayant exercé en ESPIC. Il convient donc de vérifier précisément les conditions dans lesquelles le praticien a été affecté à l'ESPIC. Si cette affectation résulte d'une décision de l'autorité hospitalière, la reconnaissance automatique ne devrait pas soulever de difficulté particulière. Par prudence, il est recommandé de solliciter l'accès au secteur 2 par cette voie d'équivalence, qui suppose la constitution d'un dossier auprès de la CPAM. Des blocages administratifs ont déjà été observés dans certains dossiers impliquant des ESPIC. La position de la CNAM est claire depuis 2022 : les fonctions exercées en ESPIC ouvrent droit à ce dispositif d'équivalence.

→ 2 – COMBIEN DE TEMPS PEUT-ON EXERCER COMME MÉDECIN REMPLAÇANT EXCLUSIF ?

À la question : « Durant combien de temps ai-je le droit d'exercer en tant que médecin remplaçant exclusif avant de m'installer durablement dans une structure, idéalement en secteur 2 ? », il faut d'abord préciser ce que recouvre cette notion. Un médecin peut exercer exclusivement une activité de remplacement aussi longtemps qu'il le souhaite. En pratique, c'est surtout la durée du contrat de remplacement qui est encadrée par l'Ordre. Celui-ci est généralement conclu pour une période maximale de trois mois, mais peut être renouvelé. En revanche, lorsqu'il s'agit d'effectuer des remplacements avant d'intégrer une structure, le projet d'installation doit être clairement identifié et formalisé. Les dispositions réglementaires relatives au remplacement peuvent comporter des restrictions concernant une installation dans la même zone géographique à l'issue du remplacement, pour une période pouvant aller jusqu'à deux ans selon les situations. ●

LE GOÛT DES BELLES DÉCOUVERTES

Entre culture, art de vivre et patrimoine, cette rubrique met en lumière des destinations, des événements et des expériences qui méritent le détour. Autant d'occasions de porter un regard neuf sur les territoires, les cultures et les saisons qui façonnent nos paysages.

→ EXPOSITION

« CÉZANNE ET NOUS » – AU GRAND PALAIS

La rentrée culturelle sera placée sous le signe de Paul Cézanne. Quelques mois après sa réouverture, le Grand Palais accueille une exposition très attendue : « Cézanne et nous ». Des paysages de la montagne Sainte-Victoire aux natures mortes devenues emblématiques, le parcours révèle comment le maître d'Aix-en-Provence a fait vaciller les codes de la représentation et marqué plusieurs générations. Son œuvre dialogue avec celles de Matisse, de Picasso et des artistes qui lui ont succédé, révélant l'influence durable de cette révolution picturale. Prêts exceptionnels, rapprochements inédits et scénographie soignée suivent le fil de cet héritage artistique. Installée sous la spectaculaire verrière restaurée du Grand Palais, cette exposition permet également de redécouvrir un monument emblématique de la capitale. Une excellente raison de programmer une escapade parisienne cet automne.



→ VENDANGES

LA ROUTE DES GRANDS CRUS DE BOURGOGNE



Lorsque septembre arrive, la Bourgogne connaît la période la plus vivante de son calendrier. Le long de la Route des Grands Crus, entre Dijon et Santenay, les vignes s'animent au rythme des vendanges. Dans les célèbres villages de Gevrey-Chambertin, Vosne-Romanée, Beaune ou Meursault, la récolte mobilise vignerons et saisonniers, perpétuant un savoir-faire façonné par des siècles de travail. De nombreux domaines ouvrent leurs portes pour partager les coulisses des vendanges, entre visites des caves, dégustations et rencontres. Les paysages des Climats de Bourgogne prennent alors une lumière particulière, tandis que les premiers feuillages annoncent la venue de l'automne. Peut-être la plus belle saison pour découvrir une région où chaque parcelle raconte une histoire. Assurément un mariage réussi entre culture du vin, patrimoine et gastronomie.

→ LE MONT-SAINT-MICHEL

LE SPECTACLE DES GRANDES MARÉES

À l'approche de l'équinoxe, le Mont-Saint-Michel devient une terre de spectacle. Lors des grandes marées de septembre, la mer remonte avec une rapidité saisissante et isole progressivement le célèbre îlot, lui restituant sa vocation originelle. Depuis les remparts, la passerelle ou les hauteurs de l'abbaye, le mouvement des eaux fascine autant que les jeux de lumière qui enveloppent l'estuaire. Loin de l'affluence estivale, cette période permet de parcourir les ruelles médiévales dans une atmosphère plus paisible ou de découvrir la baie lors d'une traversée guidée. Classé au patrimoine mondial de l'UNESCO, le Mont-Saint-Michel révèle alors toute la force du dialogue entre l'homme et la nature. Un phénomène unique qui rappelle que certains des plus beaux voyages naissent simplement du rythme des saisons.



Remplacements / Associations

N° 11082

60 – 95

Groupe non financiarisé SELARL 3 radiologues. Activité complète et variée sur 2 cabinets conventionnels et interventionnels ainsi qu'un scanner et une IRM. Cherche associé(e) pour remplacer un départ à la retraite. Travail : 3 j/semaine.

👤 Dr Hervé LIPSZYC

☎ 06 15 45 72 50

✉ hlipsic@free.fr

N° 11081

83 – FREJUS – SAINT RAPHAEL – DRAGUIGNAN

Groupe de 20 radiologues, recherche nouvel associé, secteur 2. Plateau technique : 5 Scanner, 3 IRM, 13 échographes et 3 mammographes. Conditions d'exercice : 2 à 4 j/semaine, flexibilité de temps de vacances.

👤 Mme Tatiana TAUPIN

☎ 06 63 09 23 38

✉ tatiana_taupin@hotmail.com

N° 11080

14 – CAEN

Cabinet de radiologie centre ville, 2 radiologues, 3 manipulateurs radio et 4 secrétaires, cherche radiologue pour remplacements réguliers ou associé (e) dès que possible. Activité : radiologie conventionnelle, sénologie, échographie, IRM et scanner.

☎ 02 31 08 38 50

✉ secret.radiogringore@orange.fr

N° 11079

63 – CLERMONT FERRAND

Médecin radiologue exerçant seul depuis 30 ans dans SELARL Cède cabinet de radiologie en centre-ville de Clermont-Ferrand pour cause de départ à la retraite et donc urgemment. Activité classique de cabinet de radiologie plus accès scanner et IRM.

👤 Dr Philippe GOLDSTEIN

✉ philippe.goldstein@gmail.com

☎ 06 82 38 15 31

N°11078

42 – ROANNE

Groupe indépendant, 6 radiologues, recherche remplaçante (es), collaborateurs (trices) ou associé(e)s, temps plein ou temps partiel. Conditions de remplacement et d'association exceptionnelles. Large accès à l'imagerie en coupes (2 scanners, 3 IRM).

👤 Dr Frédéric VENIAT

☎ 04 77 44 80 80

✉ frederic.veniat@gmail.com

🌐 imageriedurenaison.com

N°11077

52 – CHAUMONT

SELARL 4 radiologues, 2 sites, cherche associé (e), sans droit d'entrée, radio conv, imagerie en coupe, sénologie, Exploration vasculaire, infiltration, injections PRP... Contrat de remplaçant de

congrés ou contrat de collaboration possible pour démarrer.

👤 Dr Luc HADOUX

✉ luchadoux@hotmail.fr

🌐 www.elsan.care/fr/cmc-chaumont-le-bois

N°11076

47 – AGEN

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

annonce-4207097-radiologue-a-agen-47-47550-agen

👤 Mme Ana RADULESCU

☎ 07 78 32 43 18

✉ radulescu@elsan.care

🌐 www.radiologie-agen.com/accueil/

🌐 medecins.elsan.care/fr/

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

www.fnmr.org

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



VIE SYNDICALE

ÉLECTIONS RÉGIONALES

● NORMANDIE

→ Le bureau de l'Union Régionale de Normandie a procédé à la modification de ses administrateurs le 31 août 2026 :

Titulaire :

Dr Franck CLAROT – (76)

Dr Virginie MARCELLIN FLAIS – (14)

Dr Benoît MARIOTTE – (14)

Dr Marc-Sylvain MIGRAINE – (76)

Suppléant :

Dr Claire BUIA – (14)

Dr Julien LE MOAL – (76)

**LE
DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN
C'EST
TOUTE
L'ANNÉE.**

