fnmr.org

Le Médecin Radiologue libéral

Le journal de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues

NUMÉRO 503 OCTOBRE 2026



RADIOLOGIE ET TERRITOIRES

Plus près, plus tôt

FORFAITS TECHNIQUES

La lecture critique de la FNMR

GRAND TÉMOIN

Laurence COMTE-ARASSUS, présidente du SNITEM

PORTRAIT

Sébastien THIRIAT, radiologue à Haguenau

JFR 2026

LA FNMR SERA PRÉSENTE STAND 93, NIVEAU 1, HALL PASSY

Venez rencontrer la nouvelle équipe dirigeante **dès jeudi 8 octobre à 17h**

Pourquoi j'adhère à la FNMR ?

« Plus nous sommes nombreux, plus notre voix porte. L'avenir de la radiologie libérale se construit collectivement. Chacun d'entre nous a un rôle à jouer. »

Dr Éric CHAVIGNY,
président de la FNMR

L'UNION FAIT LA FORCE !

Dans un système de santé soumis à des contraintes économiques et réglementaires croissantes, la radiologie libérale doit faire entendre sa voix.

Certaines évolutions ont pu être évitées grâce à la mobilisation de la profession. D'autres défis se profilent déjà.

Face à un environnement toujours plus exigeant, seule une profession rassemblée peut peser dans les décisions qui engagent son avenir.

Adhérer à la FNMR, c'est se donner les moyens d'agir et de défendre sa profession :

- → Parce que la FNMR est l'interlocuteur de référence des radiologues auprès des pouvoirs publics, de l'Assurance Maladie et des partenaires conventionnels
- → Parce que la FNMR défend les conditions d'exercice de la radiologie et œuvre pour l'accès à des équipements performants sur l'ensemble du territoire
- → Parce que la FNMR propose des formations et des services spécifiquement conçus pour les radiologues et leurs équipes
- → Parce que la FNMR fédère une communauté de radiologues engagés pour l'avenir de la profession et la qualité de la prise en charge des patients

Soyons unis, soyons forts !

J'ADHÈRE À LA FNMR

Fédération Nationale des Médecins Radiologues

168, rue de Grenelle
75007 Paris
01 53 59 34 00
fnmr.fr – info@fnmr.org



Investir plutôt que stigmatiser

« Selon les estimations de la FNMR, installer deux PIMAP par département représenterait environ 900 millions d'euros d'économies par an »

Dr Éric CHAVIGNY
Président de la FNMR

Chaque automne, le PLFSS se prépare dans l'urgence et il faut, avant le débat budgétaire, désigner des responsables. L'étude Drees n° 1383 met en avant un revenu moyen de 212 700 euros pour les radiologues libéraux. Un chiffre exact, mais fondé sur des données arrêtées en 2021, soit cinq ans avant sa publication, et qui ignore l'essentiel : ce revenu rémunère aussi le capital investi dans des plateaux techniques (IRM, scanners), que nous assumons sans financement public dédié.

C'est précisément cet effort d'investissement territorial que la FNMR défend à travers le PIMAP (Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité). Il ne s'agit pas d'une simple mutualisation d'équipements, mais d'un plateau technique complet réunissant toutes les modalités d'imagerie, avec présence physique de radiologues, en complémentarité de l'offre hospitalière. Ces structures assurent l'offre territoriale d'imagerie en amont et en aval des établissements, favorisent la pertinence des actes et développent le dépistage, tout en étant financées, comme le reste de notre activité, sur nos seuls fonds propres.

Selon les estimations de la FNMR, installer deux PIMAP par département représenterait environ 900 millions d'euros d'économies par an pour le système de santé, via l'aménagement du territoire, le dépistage précoce et la réduction des soins non programmés. C'est cet effort de territorialité, assumé sur des marges de plus en plus restreintes par les baisses tarifaires répétées, que nous demandons de sanctuariser, par exemple via un coefficient modificateur dédié.

Cette même exigence de rigueur doit s'appliquer aux forfaits techniques. La FNMR souhaite que se poursuivent les travaux du Groupe de Travail sur les Forfaits Techniques (GT FT), engagés pour définir précisément leur périmètre, un préalable indispensable avant toute nouvelle discussion tarifaire. Avant de chercher des économies sur le dos de spécialités qui financent elles-mêmes leur outil de travail, il serait plus utile d'ouvrir, à l'approche du PLFSS 2027, un débat honnête sur le financement structurel de ces plateaux techniques.

© Photo : Eric Durand

Sommaire

6



Forfaits techniques : le rapport qui change la donne

ACTUALITÉ

8



Laurence COMTE-ARASSUS, présidente du Snitem : « Investir dans l'imagerie, c'est investir dans la qualité des soins »

GRAND TÉMOIN

10



Sébastien THIRIAT : itinéraire d'un radiologue de province

PORTRAIT

11



Radiologie et territoires : le défi du dernier kilomètre

DOSSIER

20



Cécile PHILIPPE, présidente de l'Institut économique Molinari : « La France sous-investit dans la prévention et en paie le prix »

DOSSIER

3 **Édito**

5 **Brèves**

12 **« La radiologie de proximité est un investissement pour la santé publique »**
Dr Éric CHAVIGNY,président de la FNMR

13 **« Les radiologues sont les sentinelles de l'accès aux soins »**
Dr Sébastien THIRIAT radiologue à Haguenau

17 **« La radiologie comme solution »**
Dr Éric CHEVALLIER, radiologue libéral à Vannes (Morbihan)

18 **« Il faut inventer de nouvelles réponses »**
Dr Antoine DIGNAC, radiologue libéral à Périgueux

19 **« Distance ne doit plus rimer avec perte de chances »**
Gilles Noël, vice-président de l'AMRF, chargé de l'accès aux soins et de la prévention

24 **Forcomed :** « Évitez l'arrêt d'exploitation immédiat de vos installations radiologiques ! »

26 **Loisirs :** voir, goûter, habiter

26 **Vie syndicale**

27 **Petites annonces**

Annonceurs : Labelix p. 25 – Forcomed p. 28

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 503 OCTOBRE 2026

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 1er trimestre 2022
ISSN 3073-5343


© Istock

Internat 2026 : la radiologie sacrifiée

Le 5 août dernier, le *Journal officiel* fixait à 10 260 le nombre de postes d'internes ouverts pour la période 2026-2027, contre 8 919 l'an dernier, soit une "hausse historique" de 15 %. Mais tandis que la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la médecine cardiovasculaire affichent une progression comprise entre 18 et 20 %, l'imagerie médicale doit se contenter d'une hausse de 1,5 % seulement (- 10 % vs 2015). Dans un communiqué publié début septembre, le Conseil national professionnel de la radiologie, qui réunit le CERF, la FNMR, la SFR, le SRH et l'UNIR, dénonce un arbitrage en décalage avec les besoins de santé publique. La spécialité est pourtant au cœur du dépistage des cancers et du diagnostic précoce, alors que plus de 40 % des postes hospitaliers de radiologues demeurent vacants et que les difficultés d'accès à l'imagerie s'accentuent dans de nombreux territoires. Les organisations réunies au sein du CNP rappellent qu'aux États-Unis, le nombre d'internes en radiologie a progressé de 23 % depuis 2010 et estiment que les CHU et les facultés françaises disposent des capacités nécessaires pour former jusqu'à 30 % de radiologues supplémentaires par an. Les représentants de la profession réclament désormais un rendez-vous avec la ministre de la Santé, afin de revoir ces choix.

Radioprotection : l'exposition poursuit son recul

Dans son dernier bilan annuel, l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection recense 265 484 travailleurs bénéficiant d'une surveillance dosimétrique individuelle, soit une hausse de 7 %, portée notamment par les secteurs médical et dentaire. Malgré cette progression, la dose efficace moyenne par travailleur a reculé de 9 %, pour s'établir à 0,32 mSv. L'ASNR souligne également que 90 % des professionnels surveillés ont reçu une dose annuelle inférieure à 1 mSv. Ces résultats confirment la diminution continue de l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants, même si le maintien d'une culture de prévention demeure indispensable.


© Istock


© Istock

Radiothérapie : dix propositions pour réussir la réforme

Le chantier du financement de la radiothérapie entre dans une phase décisive. Dans un livre blanc publié cet été, la Société française de radiothérapie oncologique formule dix propositions pour adapter le financement aux évolutions des pratiques et des technologies. L'objectif est de mieux valoriser les techniques innovantes, de prendre en compte la complexité croissante des parcours de soins, mais aussi d'harmoniser les mécanismes de financement entre l'hôpital et le secteur libéral. La SFRO plaide également pour un modèle davantage aligné sur les besoins réels des patients et les exigences de qualité des prises en charge. La réforme, engagée dans le cadre de la forfaitisation de l'activité, doit entrer en vigueur le 1er janvier 2027.

Financiarisation : préserver la gouvernance des radiologues

Selon une étude de l'URPS ML Auvergne-Rhône-Alpes, entre 15 et 20 % des cabinets de radiologie de la région appartiendraient déjà à des structures financiarisées. L'organisation met en évidence des montages juridiques de plus en plus sophistiqués, susceptibles de réduire l'autonomie décisionnelle des radiologues au profit des investisseurs. Parallèlement, des réseaux créés par les radiologues se développent pour mutualiser les moyens nécessaires aux équipements lourds, tout en préservant leur indépendance professionnelle. Portée par le député Thibault Bazin, une proposition de loi, déposée en juin dernier, vise à mieux encadrer ces modèles à l'échelle nationale.

DMP : les spécialistes décrochent

Dans un rapport publié fin août, les inspections générales des affaires sociales et des finances soulignent les faibles taux d'alimentation du dossier médical partagé dans de nombreuses spécialités médicales. Près de 40 % des généralistes atteignent les objectifs fixés, contre 31,4 % des pédiatres, environ 15 % des gynécologues et des cardiologues, et entre 0,2 et 4 % des anesthésistes, des ophtalmologistes et des chirurgiens. Les inspecteurs pointent notamment la fragmentation des outils numériques, avec 133 éditeurs et 201 logiciels différents. Le rapport IGAS-IGF préconise de renforcer les mécanismes d'incitation, voire les sanctions, afin d'accélérer l'adoption du dispositif.

Forfaits techniques
le rapport qui change la donne

Dans un rapport dévoilé début septembre, les experts de la mission sur les forfaits techniques questionnent la robustesse des données permettant de tarifer les équipements lourds. Si les tensions perdurent, le débat change de nature : comment évaluer le coût réel de l'imagerie ?


© istock

Tout part d'un différend de fond. Depuis la LFSS 2025, l'Assurance Maladie doit réaliser au moins 300 millions d'euros d'économies sur l'imagerie entre 2025 et 2027[1]. Faute d'accord avec les syndicats, notamment sur la méthode retenue, des baisses tarifaires sont imposées dès novembre 2025. Malgré les espoirs suscités, l'avenant n° 1 à la convention médicale, négocié au printemps dernier, ne résorbe pas la fracture. Le 15 juin, les cinq syndicats représentatifs refusent, une nouvelle fois, de signer un texte prévoyant de nouvelles baisses tarifaires sur les forfaits techniques au 1er juillet… avant la publication d'un audit sur le coût réel des scanners, des IRM et des TEP2. Présenté début septembre, le rapport des quatre experts[3] mandatés par l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux déplace le débat : il ne s'agit plus seulement de déterminer combien économiser, mais d'évaluer la réalité économique d'une imagerie moderne, sûre et accessible.

→ Des coûts mal mesurés

Le constat est sans appel : les données disponibles ne permettent pas d'apprécier avec fiabilité le coût réel des équipements lourds. La question des ressources humaines illustre cette limite. Alors que l'IGAS et l'IGF retenaient deux équivalents temps plein de manipulateurs par appareil, la mission estime qu'un niveau compris entre trois et quatre ETP reflète davantage la réalité du terrain. L'écart représenterait, au minimum, 70 000 euros par équipement et par an. Énergie, loyers, financement, assurances, maintenance des groupes froids des IRM, bionettoyage, blanchisserie, rémunération du risque porté par l'investisseur… Plusieurs postes de dépenses demeurent sous-évalués ou insuffisamment intégrés au modèle. En pratique, le seul prix d'acquisition ne suffit plus à décrire l'économie d'un équipement. Sa durée effective d'amortissement, son intensité d'usage, les mises à niveau logicielles, l'évolution des normes et les investissements numériques doivent être mieux pris en compte, confirment les experts. Élaboré au début des années 1990, le dispositif de calcul des forfaits techniques apparaît inadapté, y compris sur la durée d'amortissement fixée à sept ans. Seule certitude : cette nouvelle grille de lecture ne garantit aucune revalorisation. Elle impose d'abord une méthode transparente, contradictoire et régulièrement actualisée. La création d'un observatoire des coûts, fondé sur un échantillon représentatif de structures publiques et privées, doit permettre de bâtir ce référentiel partagé.

→ Le temps de la refondation

La problématique dépasse donc la simple opposition entre hausse et baisse des tarifs. Le futur cadre devra inclure les charges réelles, l'activité des structures, le niveau technologique, la qualité des prises en charge, la pertinence des examens et les contraintes territoriales. Un scanner fortement sollicité dans une grande métropole ne répond pas aux mêmes équilibres économiques qu'un équipement implanté dans une zone isolée. Autre fait marquant : les experts préconisent des mécanismes de modulation territoriale ou des garanties minimales, en tenant compte des obligations de permanence des soins. Ils estiment également nécessaire d'agir sur d'autres déterminants de la dépense, notamment la pertinence des prescriptions et la limitation des examens inutiles ou redondants. Pour la FNMR, l'objectif reste d'aligner les tarifs sur les coûts supportés par les structures radiologiques, afin de préserver leur capacité d'investissement. La CSMF et Avenir Spé demandent, elles aussi, que les travaux engagés précèdent toute nouvelle coupe tarifaire. Un groupe réunissant l'UNCAM et la profession doit approfondir l'analyse économique avant une éventuelle révision du dispositif actuel à partir de 2027. Au-delà de la logique du rabot, le véritable enjeu est désormais de construire un financement conciliant efficience, innovation et égalité d'accès. Pour les radiologues, mais aussi pour les patients.

Jonathan ICART

[1] 199 M€ d'économies ont déjà été réalisées, selon la FNMR
[2] Les remboursements d'imagerie ont atteint 5,8 milliards d'euros en 2024, dont 34 % au titre des forfaits techniques, selon la CNAM.
[3] Jean-Marc Aubert, Mathilde Lignot-Leloup, Étienne Minvielle et le Dr Laurent Verzaux.

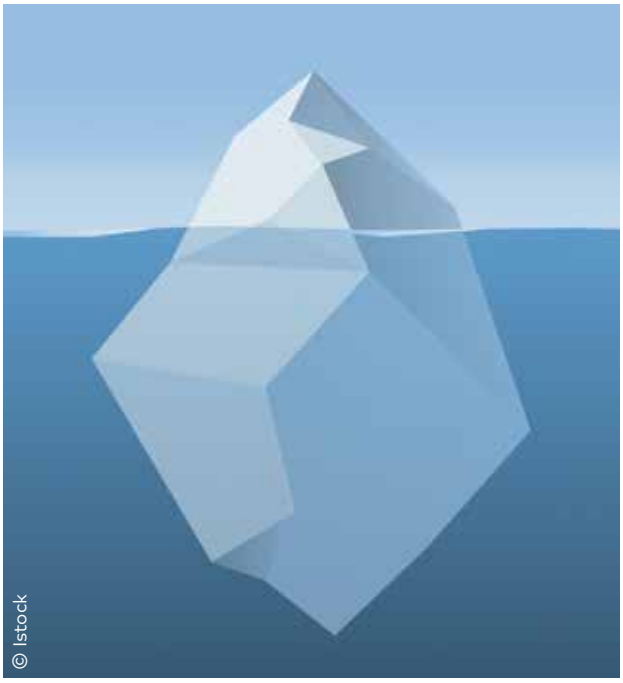
Notre lecture critique du rapport

Le rapport IGAS-IGF a servi de fondement au plan d'économies de 300 millions d'euros sur l'imagerie. Contestant ses conclusions, la FNMR a présenté une contre-expertise devant le groupe de travail sur les forfaits techniques et plaide pour une révision de leur mode de calcul.

Le plan d'économies de 300 millions d'euros sur l'imagerie, décidé en 2025, a été justifié par une sur-rentabilité des forfaits techniques, affirmée dans le rapport IGAS-IGF. La FNMR n'a cessé de contester les conclusions de ce rapport, et la grève des médecins de janvier 2026 a tendu les relations entre les soignants et le gouvernement. Afin d'apaiser ces tensions, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a demandé au directeur général de l'Assurance Maladie, Thomas Fatôme, de reprendre les discussions avec les médecins libéraux. Celui-ci a confié une mission sur les forfaits techniques à un groupe de quatre personnalités qualifiées : côté syndicats de médecins, Laurent Verzaux et Jean-Marc Aubert ; côté Assurance Maladie, Mathilde Lignot-Leloup et Éric Minvielle.

→ Une contre-expertise qui inverse le constat

Auditionnés par le groupe de travail sur les forfaits techniques (GT FT), nous avons produit une note de plaidoyer formelle. Cette contre-expertise aboutit à un résultat radicalement différent : loin d'une sur-rémunération, elle établit des déficits réels de - 6,88 € par acte pour le scanner et de -10,79 € par acte pour l'IRM. L'écart tient à un périmètre incomplet : l'analyse IGAS-IGF omet, selon nous, 14 à 15 postes de charges dans le calcul du coût réel d'exploitation d'un plateau technique.



© Istock

→ Ce que nous demandons

Notre demande est simple : réviser rapidement le périmètre et la valorisation des charges intégrées au forfait technique.

→ Pourquoi les forfaits techniques sont indispensables

Devant le GT FT, nous avons rappelé que nous finançons nous-mêmes nos locaux et nos équipements, sans dotation publique, contrairement à l'hôpital, où ces investissements sont couverts par des budgets de fonctionnement dédiés. Les forfaits techniques ne sont pas un supplément de rémunération : ils sont notre seule ressource pour financer les installations nécessaires à notre activité. Au-delà du financement des équipements, les radiologues qui investissent sur leurs fonds propres assument un risque entrepreneurial qui doit être reconnu et valorisé.

→ Deux points de désaccord majeurs

Le rapport contient deux propositions que nous jugeons problématiques. Premièrement, il envisage que la Drees suive l'évolution des revenus des radiologues afin que la CNAM ajuste les forfaits techniques en fonction de cette évolution moyenne. Nous rappelons que la CNAM joue un rôle d'assureur, et non de régulateur des revenus des médecins. Ces revenus dépendent essentiellement de leur travail, de leurs investissements et de la bonne gestion de leur cabinet, et non d'un ajustement administratif indexé sur leur propre rémunération. Deuxièmement, le rapport préconise des durées d'amortissement plus longues pour les scanners et les IRM, alors que les technologies évoluent à très grande vitesse et nécessitent un renouvellement régulier des appareils. Allonger l'amortissement revient à ignorer cette réalité technologique et à fragiliser la capacité des plateaux techniques à rester à niveau.

→ Notre position

La FNMR a demandé au directeur de l'Assurance Maladie de poursuivre les travaux du GT FT pour rétablir le « juste prix » des forfaits techniques. Toute baisse qui interviendrait avant le résultat de ces travaux serait incompréhensible et incohérente.

Dr Éric CHAVIGNY,
président de la FNMR

« Investir dans l'imagerie, c'est investir dans la qualité des soins »

Parce que les besoins en imagerie progressent au même rythme que les avancées technologiques, la radiologie doit faire évoluer ses équipements, ses organisations et ses pratiques. Une transformation qui, selon Laurence Comte-Arassus, repose sur des investissements ciblés, une organisation territoriale adaptée et une diffusion plus rapide des innovations au bénéfice des patients.

LAURENCE COMTE-ARASSUS,
présidente du Snitem[1]



@ Thierry Foulon

→ Entre besoins croissants et contraintes budgétaires, la France investit-elle suffisamment dans son parc d'imagerie médicale ?

La France a renforcé son parc d'IRM et de scanners ces dernières années, après avoir longtemps accusé un retard important. Mais l'investissement ne se mesure pas uniquement au nombre de machines installées. Il faut aussi prendre en compte leur renouvellement, leur niveau technologique, leur répartition sur le territoire et les ressources humaines nécessaires pour les faire fonctionner. L'accès à l'imagerie demeure très inégal selon les régions. Certains patients obtiennent un rendez-vous en quelques jours, tandis que d'autres attendent quatre ou cinq mois. Dans le même temps, le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et la complexité croissante des prises en charge alimentent une demande toujours plus forte. Le risque de décrochage porte moins sur le volume des équipements que sur leur modernité et la capacité de diffusion des innovations les plus récentes. Nous avons besoin d'une cartographie actualisée des installations, des effectifs médicaux, des délais d'accès et des besoins régionaux. Il faut également organiser une véritable gradation de l'offre, associant plateaux techniques de référence et solutions de proximité, mobiles ou appuyées sur la téléradiologie. Pour les radiologues libéraux, qui assurent une part importante du financement des équipements, la priorité est de garantir un accès rapide au bon examen, au bon endroit et avec la technologie la plus adaptée.

→ L'intelligence artificielle entre progressivement dans la pratique quotidienne des radiologues. Quels bénéfices peut-on raisonnablement attendre ?

En radiologie, le tournant de l'intelligence artificielle ne date pas d'aujourd'hui. Depuis plusieurs années, les constructeurs intègrent des technologies qui améliorent la qualité des images, leur précision et la richesse des informations fournies. Ces outils permettent aussi de simplifier les organisations, de réduire certains délais et d'accompagner le développement d'une médecine plus personnalisée. Pour autant, l'IA ne remplace ni le radiologue ni son expertise. Elle peut signaler une anomalie, déclencher une alerte ou suggérer une interprétation, mais la décision finale reste médicale. Dans les situations les plus complexes, elle repose souvent sur une analyse collégiale. Les bénéfices sont donc réels, à condition d'encadrer rigoureusement l'utilisation de ces outils. Cela suppose de préserver la sécurité des données, la qualité des bases d'apprentissage, ainsi que la robustesse et la transparence des algorithmes. Un même modèle ne produira pas forcément les mêmes

performances selon les populations sur lesquelles il a été développé. C'est pourquoi la formation des professionnels et le maintien d'un regard critique demeurent essentiels. La question n'est plus de savoir si l'IA trouvera sa place en radiologie, mais comment en tirer pleinement parti.

→ La France reste-t-elle un pays attractif pour développer et commercialiser les innovations en imagerie médicale ?

La France dispose d'atouts remarquables : un tissu industriel solide, des start-up dynamiques, des entreprises de toutes tailles, des professionnels hautement qualifiés, des radiologues internationalement reconnus et des centres de référence de premier plan. Elle peut également s'appuyer sur une tradition de recherche particulièrement riche. Le défi sera de convertir ces atouts en solutions concrètement accessibles aux patients. Notre système de financement ne reconnaît pas toujours les écarts technologiques entre les différentes générations d'équipements. La classification des scanners, par exemple, reflète imparfaitement les différences de performances et de coûts. De même, certaines activités de radiologie interventionnelle sont insuffisamment valorisées. La maîtrise des dépenses de santé est légitime. En revanche, des baisses tarifaires mal calibrées pourraient ralentir le renouvellement du parc, favoriser des arbitrages technologiques moins pertinents et freiner l'arrivée des solutions les plus innovantes. La valeur clinique, organisationnelle et médico-économique de l'imagerie médicale doit être mieux reconnue. Un examen plus efficace ou un diagnostic plus précoce représente un investissement initial plus élevé, mais il peut aussi générer des gains de qualité, d'efficacité et parfois des économies significatives sur le long terme.

→ Comment faire évoluer le partenariat entre industriels et radiologues ?

Il n'existe pas d'innovation pertinente sans un partenariat étroit entre les industriels, les radiologues et les professionnels qui utilisent les technologies d'imagerie. Cette coopération ne peut être ponctuelle. Elle doit s'inscrire dans la durée, de la conception d'une solution à son évolution continue sur le terrain. Les transformations en cours sont technologiques, médicales, organisationnelles et environnementales. Elles exigent la mobilisation conjointe des industriels, des professionnels de santé, des patients et des établissements. Cette démarche de co-construction peut produire des avancées notables dans de nombreux domaines : intelligence artificielle, maintenance, cybersécurité, formation, organisation des parcours ou accompagnement du changement. Autre enjeu majeur : la dimension environnementale doit être impérativement intégrée dès l'origine des projets. Les équipements d'imagerie requièrent des ressources rares, nécessitent des transports complexes et sont produits en volumes limités. Il est donc indispensable de progresser dans le réemploi des composants, la rénovation du matériel et le déploiement de l'économie circulaire. Les industriels apportent leur expertise technologique, leurs capacités de développement et leur accompagnement. Les radiologues connaissent les besoins cliniques et les réalités du terrain. La mise en commun de ces compétences est une condition sine qua non pour bâtir une imagerie plus performante, plus responsable et plus utile aux patients.

→ Quelles seront les priorités du Snitem dans le cadre du PLFSS 2027 ?

Le groupe imagerie du Snitem travaille sur une proposition d'amendement prévoyant une étude populationnelle région par région, afin de mesurer précisément les délais d'accès, les ressources médicales disponibles, les caractéristiques des patients et les priorités spécifiques de chaque territoire. Les tensions ne sont pas uniformes : elles peuvent concerner la mammographie dans une région, l'IRM, le scanner ou le PET-scan dans une autre. Ces données doivent permettre de construire une programmation pluriannuelle régionalisée, d'orienter les décisions d'investissement et de structurer plus efficacement la gradation des soins. Nous défendons également une approche médico-économique plus globale. Réduire le financement d'un acte peut entraîner une économie immédiate, mais aussi provoquer des coûts supplémentaires si le diagnostic ou la prise en charge sont retardés. La modernisation du système de santé et la maîtrise des dépenses ne sont pas contradictoires. Encore faut-il orienter les investissements vers les équipements, les organisations et les technologies dont le bénéfice médical, organisationnel et économique est démontré. Plusieurs pays, notamment l'Espagne et l'Italie, ont déjà initié cette logique de planification. La France dispose désormais de tous les éléments pour franchir cette étape.

→ À quoi ressemblera la radiologie française dans cinq ans si elle réussit sa transformation ?

Elle sera d'abord plus accessible et plus équitable. Le lieu de résidence d'un patient ne devra plus déterminer ni le délai nécessaire pour obtenir un examen ni le niveau technologique auquel il peut prétendre. Elle sera également mieux coordonnée, plus efficiente et plus sobre. Cette évolution devra être centrée sur le patient, tout au long de son parcours, de la prévention au suivi, en passant par le diagnostic. Elle s'appuiera sur des outils performants, des équipes formées, une téléradiologie structurée et une circulation plus fluide de l'information entre les professionnels. L'intelligence artificielle y occupera une place cruciale, sans jamais se substituer à la décision médicale. Nous devrons aussi mieux organiser l'offre en fonction des besoins réels des territoires et renforcer les coopérations entre professionnels, industriels, établissements, pouvoirs publics et représentants des usagers. Les enjeux environnementaux et l'économie circulaire devront faire partie intégrante de cette évolution. La réussite ne se mesurera pas seulement au nombre de machines installées ou de nouvelles solutions. Elle se traduira par un accès plus rapide aux examens, des parcours plus fluides et des bénéfices réels pour les patients.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Sébastien THIRIAT

Itinéraire d'un radiologue de province

Praticien libéral et responsable syndical, Sébastien Thiriat a choisi la liberté sans renoncer au collectif. Fidèle au terrain et aux engagements pris, il défend une radiologie médicale, innovante et en mouvement, convaincu que la profession doit parler davantage de ses solutions que de ses difficultés.

Fils et petit-fils de médecins généralistes, Sébastien Thiriat grandit dans une "ville-carte postale", Obernai, une petite commune alsacienne, non loin de Strasbourg. Élève curieux, il se passionne pour les sciences, l'histoire et la littérature américaine. « Il y a une réelle joie à comprendre le monde qui nous entoure », confie-t-il. Entre les livres, le tennis, le piano et les escapades vosgiennes en VTT, la médecine ne lui est jamais imposée. Mais une phrase de son père le marque durablement : « En étant médecin, tu gagnes ta vie en aidant les gens. » Après le baccalauréat, il tente la classe préparatoire scientifique… et la faculté de médecine. Trois jours lui suffisent pour comprendre que la prépa ne lui convient pas. Sur les bancs de la fac, il découvre un univers plus ouvert, où savoir, liberté intellectuelle et utilité sociale se rejoignent. Longtemps, il garde toutes les options ouvertes. Cardiologie, pneumologie, plusieurs spécialités retiennent successivement son attention. Un stage en radiologie vasculaire finit de le convaincre. Il trouve dans cette discipline une « alliance parfaite » entre raisonnement médical, technologie, variété des situations et apprentissage permanent.

→ Liberté et fidélité

À la fin de son internat, Sébastien Thiriat opte pour un assistanat à Mulhouse, avec la possibilité de pratiquer une radiologie variée : thoracique, viscérale, vasculaire, neuroradiologique ou interventionnelle. Là où l'hyperspécialisation universitaire lui paraît parfois réductrice, il recherche la pluralité des pratiques et le contact permanent avec la réalité quotidienne. « Je voulais être un radiologue de première ligne », explique-t-il. Le patient comme unique patron : toute sa vision du métier tient en quelques mots. Le parcours de Sébastien Thiriat est aussi marqué par le sens de la parole donnée. Pendant son internat, il effectue des remplacements dans un cabinet alsacien. Un radiologue proche de la retraite lui propose alors de prendre sa suite. Malgré cette opportunité, il respecte l'engagement pris auprès du centre hospitalier mulhousien et accomplit les deux années promises avant de rejoindre le CIM de la Moder, à


DR

Haguenau, où il travaille toujours. Installé en libéral depuis quinze ans, il développe progressivement une expertise reconnue en imagerie urologique et dans le diagnostic du cancer de la prostate. Après une fusion réalisée il y a deux ans, la structure rassemble désormais cinquante radiologues et cent-quarante collaborateurs en Alsace.

→ Au service du collectif

L'aventure syndicale de Sébastien Thiriat naît presque par hasard, il y a sept ans, lors d'une réunion régionale. Il accepte par curiosité, mais affiche rapidement une conviction : « La profession doit davantage parler des solutions que des difficultés. » Dans la foulée, il organise une soirée consacrée à l'intelligence artificielle, qui réunit plusieurs dizaines de radiologues. Le succès de l'événement marque le début d'une implication durable. Secrétaire puis président de l'Union régionale des radiologues d'Alsace, trésorier du Grand Est, pilote du projet DRIM, il rejoint ensuite les instances nationales, avant de devenir secrétaire général de la FNMR. Pour lui, le syndicalisme est un lieu de réflexion et un outil permettant de porter la voix du terrain auprès des décideurs. « Le syndicalisme n'est pas seulement un cercle de défense des intérêts de la spécialité : c'est aussi un espace d'échange et de construction collective au service des patients et du système de santé. » Sa vision de l'avenir repose sur trois priorités : mieux reconnaître le rôle central du radiologue dans le parcours de soins, soutenir les investissements nécessaires à l'innovation et préparer le renouvellement des générations médicales. Un principe résume finalement son engagement professionnel comme syndical : « Le rôle du médecin radiologue, avant d'être radiologue, c'est d'être médecin. »

Jonathan ICART

Radiologie et territoires

Le défi du dernier kilomètre

Dans la géographie des soins, quelques kilomètres peuvent faire toute la différence. Face aux fractures territoriales croissantes, les radiologues libéraux cherchent de nouvelles réponses pour rapprocher les équipements, les expertises et les patients. Avec un objectif : garantir un accès au diagnostic qui ne dépende plus du lieu de résidence.

Quelques dizaines de kilomètres peuvent parfois faire basculer une prise en charge. Dans les terri-toires ruraux ou sous-dotés, la distance qui sépare les habitants des équipements radiologiques peut entraîner des délais supplémentaires, des renoncements aux soins, voire des pertes de chance. Les personnes âgées, fragiles ou privées de moyens de transport sont les plus exposées. La radiologie libérale occupe pourtant une place centrale dans les parcours de santé. Accéder rapi-dement au bon examen permet de poser un diagnostic, d'orienter le patient et de commencer plus tôt le traitement. L'imagerie révèle ainsi, avec une acuité particulière, les fractures territoriales qui traversent le pays. Un territoire qui perd ses capacités diagnostiques voit aussi son attractivité se fragiliser. Sans plateau technique complet, il est plus difficile de recruter et de fidéliser des radio-logues, des manipulateurs ou d'autres professionnels de santé. Les enjeux sont d'autant plus importants que la prévention, le dépistage et la gestion des maladies chroniques occupent une place croissante dans les politiques de santé publique. Sans réponse adaptée, ces ambitions risquent de rester théoriques. Garantir une imagerie moderne et perfor-mante au plus près des bassins de vie devient indispensable.

→ Au cœur des territoires

Face aux inégalités observées, la profession n'est pas restée passive. Partout en France, les radio-logues libéraux développent des organisations innovantes pour rapprocher les équipements et les expertises des patients. Coopérations ville-hôpital, mutualisation des compétences, réseaux spé-cialisés, téléradiologie ou encore plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité illus-trent cette dynamique. Les témoignages réunis dans ce dossier montrent une réalité de terrain contrastée, mais aussi des solutions émergentes aux retombées médico-économiques significa-tives. La FNMR est formelle : deux PIMAP par département pourraient générer 900 millions d'euros par an. Développer cette offre renouvelée suppose néanmoins de lever plusieurs obstacles. Les procédures d'autorisation, les problèmes de recrutement, notamment de manipulateurs, les inves-tissements nécessaires et la pression croissante sur les tarifs peuvent ralentir les projets. Les col-lectivités,



les agences régionales de santé et l'Assurance Maladie auront donc un rôle déterminant à jouer. Au-delà des équipements et de leur répartition, la difficulté sera de bâtir une véritable or-ganisation territoriale des soins, capable de fournir un accès équitable et durable aux examens, y compris les plus complexes, quel que soit le lieu de résidence de chacun. Une certitude demeure : les transitions démographiques, épidémiologiques et numériques imposent de repenser en profon-deur les modalités de financement du secteur.

→ Le pari de la valeur

La divergence de vision nourrit les tensions entre les pouvoirs publics et les radiologues libéraux, notamment autour des forfaits techniques. Derrière le niveau des tarifs se joue en réalité un choix plus large : considérer la radiologie comme une dépense qui doit être régulée ou comme un inves-tissement de santé sur lequel miser. Détectée plus tôt, une pathologie peut être traitée avant son aggravation, avec des soins moins lourds, moins invasifs et souvent plus efficaces. Les gains poten-tiels dépassent le seul champ médical. Une meilleure couverture territoriale peut limiter les com-plications, les hospitalisations et les passages évitables aux urgences. Elle peut également réduire le coût des traitements, des transports sanitaires et des arrêts de travail. La question n'est donc plus seulement celle de la dépense, mais aussi celle de la valeur créée pour la collectivité. L'Institut économique Molinari souligne notamment l'intérêt de prendre en compte, dans l'évaluation des politiques de santé, les années de vie gagnées en bonne santé, le maintien dans l'emploi, la réduction de la dépendance et les bénéfices pour les aidants. Dans les pages qui sui-vent, radiologues, élus et économistes confrontent leurs expériences et leurs analyses. Un même constat se dégage : la géographie de l'imagerie est indissociable de celle des territoires. Mieux ré-partir les capacités diagnostiques, c'est rapprocher les soins des patients. Et, au bout du compte, mieux répartir les chances. La reconquête des territoires peut commencer. ●

Jonathan ICART

« La radiologie de proximité est un investissement pour la santé publique »



Dr Éric CHAVIGNY,
président de la FNMR

« Selon les estimations de la FNMR, l'installation de deux PIMAP par département permettrait de générer près de 900 millions d'euros d'économies par an pour le système de santé. »

Indispensable au diagnostic, au dépistage et au parcours de soins, l'imagerie médicale est devenue un enjeu majeur d'aménagement sanitaire. Face aux inégalités territoriales, Éric Chavigny défend les PIMAP[1] comme une réponse concrète aux besoins des patients et un investissement durable pour la santé publique.

→ Pourquoi l'accès territorial à l'imagerie est-il devenu un enjeu majeur de santé publique ?
Il faut d'abord rappeler une évidence : l'imagerie médicale est présente dans la grande majorité des diagnostics, des dépistages et des traitements. Un accès de proximité n'est donc plus un simple élément de confort, c'est une condition indispensable pour exercer une médecine moderne. Un patient qui doit parcourir de longues distances ou attendre des semaines pour un examen, c'est un diagnostic qui prend du retard – et ce retard se paie en chances de guérison. C'est un sujet de santé publique à part entière. J'ajouterais que la radiologie est une spécialité transversale et structurante pour un territoire : sa présence permet aux médecins généralistes d'exercer dans les meilleures conditions, et facilite leur maintien ou leur installation. Cette proximité améliore l'accès aux soins, favorise le diagnostic précoce et limite les surcoûts liés aux retards diagnostiques.

→ Garantir une offre d'imagerie de proximité fait-il désormais partie intégrante de la mission du radiologue libéral ?
Je pense que oui, et c'est tout le sens de ce que nous portons avec les PIMAP, dont la vocation est de proposer une offre d'imagerie médicale complète dans les territoires qui en ont le plus besoin. Ce n'est pas simplement mutualiser des machines : c'est un plateau technique complet, avec toutes les modalités d'imagerie réunies et surtout une présence physique de radiologues. L'objectif, c'est la pertinence des actes – le bon examen, au bon moment, pour la bonne indication – et une meilleure utilisation des ressources médicales et économiques. Ces structures complètent l'offre hospitalière, en amont comme en aval, et elles permettent aussi de développer l'offre de dépistage sur des territoires qui en manquent. Est-ce suffisamment reconnu aujourd'hui ? Pas vraiment. Cet effort de territorialité est assumé par les radiologues eux-mêmes, à leurs frais, grâce à des investissements réalisés en mobilisant les marges dégagées sur leur activité. Et malheureusement, avec les baisses tarifaires répétées, ces marges sont de plus en plus restreintes, ce qui fragilise directement notre capacité à financer cette mission territoriale. À mon sens, il conviendrait de sanctuariser ces plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité, peut-être via un coefficient modificateur qui permettrait de reconnaître formellement cet engagement territorial. Nous portons cette mission à bout de bras, sans qu'elle soit valorisée comme telle dans les modèles de financement actuels. C'est un enjeu majeur pour les prochaines négociations conventionnelles.

→ Comment concilier proximité géographique et maintien d'une expertise médicale de haut niveau ?
Je refuse d'opposer les deux. Le modèle PIMAP, c'est justement la démonstration que proximité et qualité ne sont pas contradictoires, à condition de ne pas faire n'importe quoi : ce n'est pas un point d'accès dégradé, c'est un plateau complet avec des radiologues présents. Ces PIMAP sont adossés à des groupes de radiologues au sein desquels toutes les surspécialisations d'imagerie sont pratiquées. Cela permet de rendre accessibles, au plus près des patients, des compétences de surspécialisation qui nécessiteraient autrement de longs déplacements.

→ Le modèle actuel d'organisation des équipements répond-il encore aux besoins des territoires ?
Les freins au développement de l'offre territoriale d'imagerie sont multiples. Le premier est réglementaire : le régime des autorisations favorise l'implantation de matériels supplémentaires sur des sites déjà autorisés, plutôt que la création de nouveaux sites – ce qui va à rebours de l'objectif de maillage des territoires les moins bien dotés. Le deuxième frein est économique. Comment investir dans un PIMAP si les marges opérationnelles sont rognées année après année par les baisses de tarifs ? Enfin, le troisième frein est

humain : le manque de manipulateurs et de radiologues nécessaires au bon fonctionnement de ces plateaux limite directement notre capacité à les déployer, même quand le financement et l'autorisation suivent.

→ Quels bénéfices attendre d'une radiologie territoriale plus accessible pour les patients et le système de santé ?

Les bénéfices sont multiples. D'abord, l'aménagement du territoire : renforcer l'offre médicale de proximité, sans surcoût pour l'État, puisque ce sont les radiologues eux-mêmes qui portent l'investissement. Ensuite, la prise en charge précoce des pathologies grâce au dépistage permet de limiter les diagnostics tardifs, les traitements coûteux, les hospitalisations et les arrêts de travail. Il y a aussi la prise en charge des soins non programmés en médecine de ville, qui limite le recours aux transports sanitaires ainsi que les passages évitables – et coûteux – aux urgences et en hospitalisation. Et enfin, un bénéfice moins souvent évoqué : cela limite la mobilisation des équipes de secours, en leur évitant des transports de patients vers des services d'urgence qui auraient pu être évités. Selon les estimations de la FNMR, tous ces avantages se traduisent par des économies importantes pour le système de santé, soit environ 900 millions d'euros par an, si deux PIMAP étaient installés dans chaque département.

« Un accès de proximité à l'imagerie n'est plus un simple élément de confort : c'est une condition indispensable pour exercer une médecine moderne et garantir l'égalité d'accès aux soins. »

→ Quelle ambition la France devrait-elle se fixer pour garantir un accès équitable à l'imagerie d'ici à 2030 ?

Mon objectif est de faire reconnaître le rôle essentiel de la radiologie dans le parcours patient et d'inscrire durablement les PIMAP parmi les structures de proximité soutenues dans le cadre des PRS[2], avec un financement dédié tenant compte de l'activité et de l'engagement territorial. Ces PIMAP doivent être reconnus pour ce qu'ils sont : un investissement majeur des radiologues libéraux au service de l'accès aux soins et de l'aménagement sanitaire des territoires.

[1] Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité
[2] Projet Régional de Santé

« Les radiologues sont les sentinelles de l'accès aux soins »


© Eric Durand

Dr Sébastien THIRIAT[1],
radiologue à Haguenau

En Alsace comme ailleurs, les radiologues libéraux mesurent chaque jour les conséquences des inégalités territoriales d'accès aux soins. Pour Sébastien Thiriat, préserver une offre de proximité suppose des équipes attractives, un accès effectif aux équipements lourds et un modèle économique pérenne.

→ Pour quelles raisons certains territoires restent-ils moins bien desservis en imagerie ?

En Alsace, la principale difficulté tient à la répartition inégale de l'offre d'imagerie. Les centres disposant d'équipements lourds, notamment les scanners et les IRM, sont naturellement concentrés autour des principaux pôles urbains. À l'inverse, certaines zones éloignées, notamment dans l'extrême nord de l'Alsace ou dans des secteurs du Haut-Rhin où la densité radiologique est plus faible, disposent d'une offre plus limitée et plus fragile. Cette situation contraint les patients à effectuer des déplacements plus longs vers les grands centres pour accéder à certains examens. Or, cette distance constitue une difficulté réelle pour les personnes âgées, celles qui ne disposent pas de moyens de transport, les patients en arrêt de travail ou atteints de pathologies chroniques, ainsi que les familles devant organiser plusieurs rendez-vous. Le problème est également celui de l'attractivité médicale et paramédicale. Il est plus difficile d'attirer et de fidéliser des radiologues, des manipulateurs en électroradiologie médicale et des personnels administratifs dans les secteurs éloignés des grands centres. Ce qui décourage les professionnels, ce n'est pas le cadre de vie, mais l'isolement et le manque d'équipements.

→ Pourquoi l'accès aux équipements lourds est-il devenu indispensable ?

La radiologie moderne ne se résume plus à la radiographie, à l'échographie ou à la mammographie. Elle associe désormais l'imagerie en coupe – scanner

[1] Sébastien Thiriat est président de la FNMR 67 et 68. Il est aussi secrétaire général de la FNMR

et IRM – au diagnostic, au suivi thérapeutique et à la radiologie interventionnelle. Les jeunes radiologues sont formés dans cet environnement technologique et multidisciplinaire. Leur proposer un exercice isolé, sans accès organisé à l'imagerie en coupe, limite donc l'attractivité de certains cabinets de proximité. Certains examens essentiels, notamment la mammographie, sont économiquement fragilisés. Lorsque les tarifs ne sont pas réactualisés à la hauteur de l'évolution des charges – équipements, maintenance, personnels, informatique, énergie et exigences de qualité – l'activité peut devenir difficilement viable pour les petites structures. Le risque n'est pas forcément un arrêt brutal de l'activité, mais une réduction progressive de l'offre disponible, qui finit par pénaliser les patientes vivant loin des grands centres.

→ Comment garantir une offre d'imagerie complète dans les territoires les plus fragiles ?

L'accès au scanner, à l'IRM et à la mammographie ne peut pas être envisagé séparément. Ces différentes modalités s'inscrivent dans un même parcours de soins. Dans les territoires les plus fragiles, notamment les zones rurales, éloignées ou insuffisamment dotées, le maintien d'une offre de radiologie de proximité – radiographie, échographie et mammographie – suppose un accès réel et organisé à l'imagerie en coupe, scanner et IRM. La radiologie actuelle repose en effet sur une prise en charge complète du patient. Elle associe les examens de première intention à l'imagerie en coupe, tant pour le diagnostic que pour le suivi des pathologies et le développement de la radiologie interventionnelle. Pour les professionnels médicaux et paramédicaux, exercer dans un cabinet de proximité dépourvu de tout accès structuré au scanner et à l'IRM est désormais un facteur de perte d'attractivité. À l'inverse, un plateau technique complet favorise l'installation et la fidélisation des radiologues, des manipulateurs et des autres professionnels indispensables à son fonctionnement. C'est précisément le sens du modèle défendu par la FNMR : le PIMAP ou plateau d'imagerie médicale ambulatoire de proximité.

→ Que peuvent apporter les PIMAP aux territoires sous-dotés ?

Ce modèle vise à organiser, dans les territoires sous-dotés, une offre ambulatoire complète associant radiologie conventionnelle, échographie, mammographie, scanner et IRM. Dans sa forme la plus aboutie, un PIMAP permet d'assurer la radiologie de proximité, l'échographie et les gestes interventionnels de premier niveau, la mammographie ainsi qu'un parcours sénologique complet. Une patiente peut ainsi être prise en charge depuis le dépistage ou la découverte d'une anomalie jusqu'au bilan diagnostique, aux prélèvements si nécessaire, à l'analyse histologique et à l'organisation du suivi. La présence ou l'accès régulé à l'IRM et au scanner complète ce dispositif et évite que chaque étape du parcours impose une orientation vers un grand centre distant. Il faut faciliter le déploiement de scanners et d'IRM de proximité dans les territoires identifiés comme sous-dotés, en délivrant des autorisations adaptées aux besoins locaux et en assurant un modèle économique qui permette à ces équipements de fonctionner durablement. Il ne s'agit


© Istock

pas de dupliquer sans discernement l'offre hospitalière, mais de compléter le maillage territorial pour répondre aux besoins diagnostiques courants, au suivi des pathologies chroniques, aux soins non programmés et à certaines procédures interventionnelles ambulatoires.

→ Au-delà des équipements, comment fluidifier le parcours des patients ?

Il faut organiser des circuits courts avec les médecins généralistes, les spécialistes de ville, les maisons de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé. Lorsqu'un patient présente une pathologie fréquente ne nécessitant pas d'emblée une prise en charge hospitalière, l'accès rapide à une imagerie pertinente permet souvent de poser un diagnostic, d'orienter le traitement et d'éviter un passage inutile aux urgences ou une hospitalisation. Cette organisation réduit les délais de prise en charge, limite les déplacements vers les centres hospitaliers régionaux ou universitaires et diminue les coûts indirects, notamment ceux liés aux transports sanitaires et aux arrêts de travail prolongés. Enfin, améliorer l'accès suppose de préserver l'équilibre économique de toutes les activités du cabinet, y compris celles qui garantissent le maillage territorial, comme la mammographie. Une offre de dépistage et de sénologie ne peut demeurer accessible dans les territoires que si la rémunération permet de financer les équipements, la maintenance, les obligations de qualité, les équipes et le temps médical requis. La proximité ne doit pas être opposée à la modernité : un cabinet de proximité attractif est aujourd'hui un cabinet intégré à un réseau territorial, doté des modalités nécessaires ou bénéficiant d'un accès effectif, fluide et rapide au scanner et à l'IRM.

→ Comment mieux articuler radiologie de proximité et expertise hospitalière ?

La coopération entre radiologie libérale, hôpital, médecine de ville et collectivités locales doit partir d'un principe simple : la réponse aux besoins des patients ne peut être exclusivement centralisée dans les grands établissements. Elle doit s'appuyer sur une offre territorialisée, organisée au plus près des patients, notamment là où l'accès aux soins est le plus fragile. L'objectif n'est pas d'opposer la médecine de ville au secteur hospitalier public, mais de construire une complémentarité efficace entre tous les acteurs. La

radiologie de proximité permet de prendre en charge une grande partie des besoins diagnostiques courants, du suivi des pathologies chroniques, de certains soins non programmés et des actes interventionnels de premier niveau. Les hôpitaux, quant à eux, doivent pouvoir concentrer leurs moyens sur les urgences lourdes, les prises en charge complexes, la chirurgie, la cancérologie, la radiologie interventionnelle spécialisée et les patients nécessitant une hospitalisation. Cette organisation permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge, en évitant aux patients des déplacements inutiles vers les centres hospitaliers régionaux ou universitaires. Elle représente aussi un enjeu économique majeur : une imagerie accessible en ville, dans des délais adaptés, évite une partie des transports sanitaires, limite les passages aux urgences et prévient certaines hospitalisations qui résultent avant tout d'un diagnostic trop tardif ou difficilement accessible. Cette organisation ne retire rien à l'hôpital : elle lui redonne au contraire les moyens de se concentrer sur ses missions les plus complexes, en coopération avec les professionnels de terrain.

→ Comment organiser concrètement cette coopération sur le terrain ?

Il faut mettre en place des circuits courts dans des filières de soins clairement identifiées. Les plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité doivent pouvoir travailler en lien direct avec les services hospitaliers concernés afin d'orienter rapidement les patients vus en ville vers le bon interlocuteur, en fonction du diagnostic établi. Un patient chez qui l'imagerie met en évidence une lésion suspecte en sénologie, une complication vasculaire, une fracture complexe, une pathologie digestive aiguë ou une suspicion de cancer doit pouvoir être adressé sans perte de temps vers le service adapté : consultation spécialisée, chirurgie, oncologie, médecine interne, urgences ou radiologie interventionnelle. Cette coopération doit reposer sur des procédures simples, partagées et connues des médecins généralistes, des radiologues et des équipes hospitalières. Cette logique de réseau suppose aussi une coordination clinique renforcée : des échanges directs entre praticiens, des réunions de concertation pluridisciplinaire, un accès partagé aux comptes rendus et aux images, des protocoles d'orientation adaptés aux diagnostics, ainsi que des créneaux réservés dans les établissements pour les patients adressés depuis la ville. Un PIMAP n'est pas un simple plateau technique produisant des images : c'est un site de soins où les radiologues, présents auprès des patients, travaillent en coordination avec les médecins du territoire, afin de choisir le bon examen, pour le bon patient, au bon moment.

→ Quel rôle les collectivités locales peuvent-elles jouer ?

Ces projets territoriaux ne peuvent fonctionner sans les collectivités locales. Les élus locaux connaissent souvent mieux que quiconque les besoins de leur population : éloignement des soins, vieillissement, isolement, difficultés de mobilité, déficit de professionnels, besoins de dépistage ou fragilité des hôpitaux ruraux. Ils doivent donc être associés dès l'origine aux projets médicaux territoriaux, aux côtés des professionnels de santé, des établissements et des agences régionales de santé.

C'est par ce dialogue avec les maires, les intercommunalités et les collectivités que l'on pourra élaborer des projets cohérents de PIMAP, réellement implantés au cœur des bassins de vie ruraux. Ces structures pourront alors servir de relais de proximité entre les patients, les hôpitaux ruraux et les établissements de référence, renforcer le maillage médical territorial et apporter une réponse durable aux inégalités d'accès à l'imagerie.

→ Pourquoi faut-il soutenir le développement des PIMAP ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis des pouvoirs publics ?

Ces structures ont vocation à proposer une offre radiologique complète et coordonnée : radiologie conventionnelle, échographie, mammographie, scanner, IRM et, selon les sites, actes interventionnels. Elles permettent une prise en charge plus proche du domicile, plus fluide et mieux articulée avec la médecine de ville, tout en évitant que des patients soient systématiquement orientés vers les grands centres hospitaliers pour des diagnostics ou des suivis qui peuvent être réalisés localement. La reconnaissance des PIMAP doit s'accompagner d'une politique volontariste : autorisations adaptées aux besoins territoriaux, soutien à l'investissement, voire aides ou subventions ciblées pour les projets qui répondent à un véritable besoin de santé publique. C'est une condition essentielle pour maintenir un maillage de proximité dans les territoires fragiles, faciliter le recrutement et la fidélisation des radiologues et des manipulateurs et renforcer les relais des hôpitaux ruraux. Un tel signal serait particulièrement important dans un contexte marqué par les pressions tarifaires et les coupes budgétaires, qui fragilisent la capacité d'investissement des cabinets. Il faut permettre aux professionnels de poursuivre leurs investissements dans l'offre locale et les équipements lourds. Les pouvoirs publics doivent donc reconnaître et soutenir officiellement le modèle des PIMAP et favoriser leur implantation dans les territoires ruraux ou sous-dotés.

« La réponse aux besoins des patients ne peut être exclusivement centralisée dans les grands établissements »

→ Pourquoi faut-il revaloriser la mammographie ?

Parce que la mammographie est un maillon essentiel de la prévention et du dépistage organisé du cancer du sein. Le dépistage organisé français repose sur un dispositif exigeant : mammographie tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen, examen clinique, radiologues formés et agréés, double lecture des clichés normaux et contrôles réguliers des équipements. Cette exigence de qualité implique du temps médical, des équipes formées, des équipements contrôlés et renouvelés, ainsi qu'une organisation spécifique au sein des cabinets. Il devient indispensable

d'adapter la rémunération à la réalité économique de cette prise en charge. Cela pourrait passer par une valorisation de l'échographie mammaire, lorsqu'elle est médicalement indiquée, mais aussi par la reconnaissance de la consultation, dont la cotation pourrait être associée à celle de la mammographie dans le cadre du dépistage. Cet examen clinique fait partie intégrante du parcours défini par les textes réglementaires. L'enjeu est immédiat : redonner aux radiologues les moyens de maintenir et, si nécessaire, d'accroître leur offre de mammographie. Si cette activité devient structurellement déficitaire, les structures de proximité risquent de réduire progressivement leur activité de dépistage, au détriment des patientes les plus éloignées des grands centres.

→ Pourquoi faut-il former davantage de radiologues ?

L'imagerie occupe désormais une place centrale dans la quasi-totalité des parcours de soins : diagnostic, dépistage, suivi des maladies chroniques, cancérologie, urgences, traumatologie et traitement par radiologie interventionnelle. Cette dernière ne se limite plus à guider des biopsies : elle comprend de nombreux gestes thérapeutiques, parfois complexes, réalisés sous contrôle de l'imagerie. Son rôle n'a cessé de se renforcer au cours des dernières années et continuera de croître. Face à l'augmentation des besoins liée au vieillissement de la population, au développement du dépistage et aux progrès de la radiologie interventionnelle, il est indispensable d'adapter la formation aux besoins réels de la population et des territoires. L'intelligence artificielle ne remplacera pas les radiologues. Ces outils sont coûteux et nécessitent des données fiables, une intégration technique et, surtout, une supervision médicale compétente. Ils peuvent aider à prioriser les examens ou à détecter certaines anomalies, mais ils ne se substituent ni à l'interprétation clinique, ni à la responsabilité médicale, ni à l'échange avec les autres soignants, ni à la réalisation des actes interventionnels. Il faut donc former davantage de radiologues, tout en leur donnant les moyens de tirer le meilleur parti des outils numériques et de l'intelligence artificielle. C'est à cette condition que l'innovation technologique deviendra un véritable levier pour améliorer les délais, la qualité des diagnostics et le service rendu aux patients.

« L'IMAGERIE OCCUPE DÉSORMAIS UNE PLACE CENTRALE DANS LA QUASI-TOTALITÉ DES PARCOURS DE SOIN »



Grande concertation citoyenne : « Quel avenir pour l'imagerie médicale en France ? »

Radiologues, patients : votre voix compte !

↗ **À l'approche de l'élection présidentielle de 2027,** la FNMR souhaite faire entendre les attentes et les priorités de terrain auprès des candidats. Pour y parvenir, nous avons besoin de votre participation.

↗ **Deux questionnaires en ligne sont proposés :** l'un destiné aux radiologues, l'autre à leurs patients. Les résultats de cette grande concertation viendront nourrir et légitimer les propositions que la FNMR portera dans le cadre du débat présidentiel.

Répondre, c'est participer à l'avenir de l'imagerie médicale en France.

Durée estimée : 10 à 15 minutes. Toutes les réponses sont anonymes et exploitées de manière agrégée.

Le lien vers les questionnaires est accessible sur le site de la FNMR : **www.fnmr.org**

MERCI DE RÉPONDRE ET DE RELAYER LARGEMENT CETTE INITIATIVE AVANT LE 30 OCTOBRE 2026

FNMR Fédération Nationale des Médecins Radiologues

« La radiologie comme solution »


© Eric Durand

Dr Éric CHEVALLIER*,
radiologue libéral à Vannes (Morbihan)

Pour Éric Chevallier, investir dans l'imagerie de proximité, renforcer l'attractivité de l'exercice et soutenir l'innovation sont trois conditions essentielles pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités territoriales de santé.

→ Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux examens d'imagerie dans votre territoire ?
Le « blitz tarifaire » perpétuel entrave la volonté et la capacité d'investissement nécessaires pour développer les structures et les équipements, ainsi que le maillage territorial. Il freine également la volonté des jeunes de s'installer. La mammographie est l'exemple le plus criant, avec une crise majeure du dépistage organisé du cancer du sein qui ne cesse de s'aggraver. Les jeunes radiologues préfèrent souvent travailler pour des sociétés de téléradiologie ou prolonger leur exercice sous statut de collaborateur, parfois pendant plusieurs années. Ils hésitent davantage à s'engager durablement dans un projet d'installation, ce qui peut se comprendre.

→ Au-delà des Plateaux d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP), quels leviers permettraient selon vous de renforcer durablement l'accès à l'imagerie dans les territoires ?
Les PIMAP sont des plateaux complets d'imagerie, y compris en imagerie lourde, implantés dans des zones sous-dotées. Ils serviront de socle au développement d'un écosystème médical et paramédical, qui viendra naturellement se structurer autour de ces installations grâce à l'amélioration des conditions d'exercice professionnel. L'arrêt du matraquage tarifaire que nous connaissons depuis trente ans, totalement inefficace pour maîtriser les dépenses de santé, est également indispensable. Cette politique nous amène à grands pas vers un niveau d'équipement que l'on n'attendrait pas d'un pays comme la France. Les constructeurs de matériel lourd nous considèrent déjà comme tels depuis longtemps et ne nous proposent même plus certaines innovations technologiques, comme le scanner spectral. Un ajustement de la démographie des radiologues est par ailleurs essentiel, compte tenu de la nette sous-dotation de la spécialité par rapport à d'autres disciplines.

→ Quels leviers permettraient d'améliorer rapidement l'accès à l'imagerie ?
Une meilleure considération de la profession de la part des pouvoirs publics et des tutelles, avec une nomenclature adaptée aux coûts réels et la reconnaissance de notre statut entrepreneurial, permettrait de retrouver une visibilité normale. Qui a envie, par exemple, d'acheter un échographe à 70 000 euros alors que la cotation de la plupart des actes est à peine supérieure à 30 euros, et que l'acte échographique associé à une mammographie est divisé par deux ? Les travaux récents sur les charges et les produits montrent que l'appréciation de l'IGF et de l'IGAS est totalement déconnectée de la réalité.

→ Comment renforcer la coopération entre radiologie libérale, hôpital, médecine de ville et collectivités locales ?
Le resserrement des liens entre radiologues libéraux et hospitaliers passe par les sociétés savantes, le rapprochement de la FNMR avec le SRH, mais aussi par l'exercice médical quotidien. C'est le cas, par exemple, de la prise en charge hospitalière des macro-biopsies stéréotaxiques en sénologie. Nous n'avons pas du tout les mêmes contraintes, mais nous parlons le même langage médical. Une voix commune, portée par l'ensemble de la profession, ne peut qu'être bénéfique.

→ Si vous deviez formuler trois propositions prioritaires aux pouvoirs publics, lesquelles seraient-elles ?
Premièrement, reconnaître que la radiologie est la solution et non le problème face à l'explosion de la demande de soins. Grâce au dépistage et au maillage territorial, elle favorise un diagnostic précoce et, par conséquent, des traitements plus économes, tout en réduisant la durée des arrêts de travail, les indemnités journalières et leurs conséquences économiques. Les mesures discriminatoires contre la radiologie constituent un échec depuis trente ans. Deuxièmement, intégrer pleinement la pertinence des actes dans une stratégie constructive de long terme. Le court-termisme, fondé sur des coups de rabot aveugles et inefficaces, appliqués pour des raisons purement dogmatiques, n'a aucun sens, même si cette approche semble parfois politiquement séduisante. Troisièmement, développer de nouveaux modes de financement. Deux exemples concrets : une augmentation de la participation des mutuelles aux dépenses de santé plutôt qu'au financement de compétitions sportives, et une contribution accrue des industries dont les activités favorisent certaines pathologies chroniques, qu'il s'agisse du tabac, de certains polluants industriels ou encore d'une alimentation de mauvaise qualité.

(*) Éric Chevallier est également secrétaire général adjoint de la FNMR, président de la FNMR Bretagne et président de la FNMR 22 et 56.

« Il faut inventer de nouvelles réponses »


DR

Dr Antoine DIGNAC,
radiologue libéral à Périgueux

Quand un besoin territorial devient un projet médical. Le Dr Antoine Dignac explique pourquoi son bassin de vie a choisi le PIMAP et comment ce modèle peut améliorer l'accès à l'imagerie, renforcer l'attractivité médicale et soutenir la coopération entre acteurs locaux.

→ Quels besoins territoriaux ont conduit à la création de votre Plateau d'imagerie médicale ambulatoire de proximité (PIMAP) ?
Le diagnostic a été clairement posé : les demandes de soins augmentaient, alors que les ressources en imagerie diminuaient. Il fallait donc préserver et redynamiser un secteur confronté au manque de radiologues et de manipulateurs, tout en réduisant les distances et les délais d'accès aux examens, notamment pour les IRM et certains actes spécialisés, qui pénalisaient lourdement les personnes âgées, fragiles ou vivant en zone rurale. Certains patients devaient parfois parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour réaliser un examen dans un centre de radiologie, ce qui pouvait être une source de perte de chance et de renoncement aux soins.

→ Quels bénéfices concrets observez-vous pour les patients, les professionnels de santé et les établissements qui vous entourent ?
Le PIMAP permet un accès simplifié aux examens radiologiques, y compris aux plus complexes, dans des délais raisonnables. Il rend aussi le bassin de vie plus attractif pour les médecins généralistes, les spécialistes et les professionnels paramédicaux. Le PIMAP favorise la coordination entre les intervenants de la prise en charge, réduit les ruptures dans les parcours de soins et apporte une réponse de qualité au plus près des patients. Reste un défi majeur : le développement de ce modèle exige des moyens humains conséquents et des investissements pérennes, difficilement compatibles avec des baisses tarifaires répétées, qui fragilisent les structures radiologiques et freinent le renouvellement des équipements.

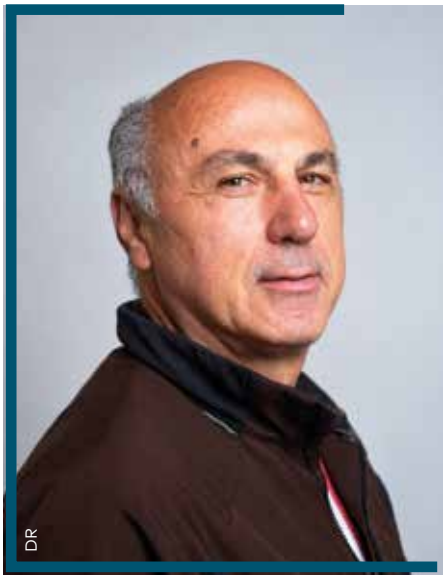
→ Pourquoi ce modèle permet-il une meilleure complémentarité entre la ville et l'hôpital ?
Il faut dépasser la logique de concurrence avec les établissements de santé pour bâtir une organisation structurée et coordonnée au niveau local. Le PIMAP peut devenir le socle de cette coopération territoriale, en particulier dans les zones les plus éloignées des grands plateaux techniques. Tous les partenaires du territoire doivent être associés aux réflexions, afin de mieux répondre aux besoins réels de la population. Les collectivités jouent également un rôle essentiel. Elles disposent de plusieurs leviers pour soutenir ces projets : le foncier, les locaux et les aides à l'installation. Mais leur engagement ne suffit pas toujours. Les autorisations requises pour certaines activités ne sont pas systématiquement accordées par les agences régionales de santé.

→ Qu'attendez-vous des pouvoirs publics pour accélérer le développement des PIMAP et favoriser leur généralisation ?
Nous attendons un effort massif de formation pour pallier la pénurie de radiologues et de manipulateurs en électroradiologie. Les récentes annonces ministérielles le confirment : le nombre de postes ouverts pour les internes en radiologie est sous-dimensionné par rapport aux évolutions démographiques et épidémiologiques. Il est tout aussi indispensable de soutenir les PIMAP et de leur offrir une visibilité économique suffisante pour engager les investissements nécessaires et maintenir une offre d'imagerie accessible localement. Ces structures permettront de réduire les délais de rendez-vous pour diagnostiquer plus tôt certaines pathologies, notamment les cancers, d'améliorer les chances de guérison et de limiter le coût des traitements tardifs. La radiologie ne doit pas être considérée comme une simple charge. C'est un investissement stratégique au service des patients, de l'accès aux soins, de la prévention des pertes de chance et de l'efficience du système de santé.

« Dans les territoires les moins denses, il faut construire de nouvelles organisations pour rapprocher l'imagerie des patients et préserver la qualité des prises en charge »

« Distance ne doit plus rimer avec perte de chances »

Face aux inégalités d'accès aux examens, les élus locaux demandent une meilleure prise en compte des réalités de terrain. Selon Gilles Noël, rapprocher les équipements des patients est devenu un impératif de santé publique et de cohésion territoriale.



Gilles NOËL, vice-président de l'AMRF[1], chargé de l'accès aux soins et de la prévention

→ Pourquoi l'imagerie médicale est-elle devenue un sujet prioritaire pour les élus locaux ?

L'accès à l'imagerie est devenu un marqueur critique de l'égalité des soins, au même titre que la présence d'un médecin, d'une pharmacie ou d'un laboratoire de biologie médicale. Scanner ou IRM, lorsque le premier équipement lourd se situe à cinquante kilomètres, les conséquences dépassent la simple contrainte logistique. Les diagnostics peuvent être retardés, les parcours de soins se complexifier et les patients accéder plus tardivement au diagnostic comme au traitement. Ces difficultés ont aussi un coût humain et social, avec une prolongation des arrêts de travail, un recours accru aux transports sanitaires, voire des renoncements ou des reports de prise en charge. Une chose est sûre : un territoire qui perd ses capacités de diagnostic perd progressivement son attractivité auprès des professionnels de santé, des familles et des entreprises.

→ La FNMR propose la création de plateaux d'imagerie de proximité, financés par les radiologues libéraux eux-mêmes, dans des territoires sous-équipés. Que pensez-vous de cette initiative ?

Cette proposition répond clairement aux besoins des bassins de vie, car elle vise un objectif simple : rapprocher les équipements des patients et des professionnels de santé. Les plateaux d'imagerie de proximité peuvent être une solution efficace aux disparités territoriales, à condition de s'inscrire dans une stratégie collective plus conforme aux réalités locales. Les élus, les radiologues, les médecins, l'ARS, la CPAM et les acteurs de la mobilité doivent définir, ensemble, les implantations les plus pertinentes. Ces structures permettraient de fluidifier les parcours, de limiter les déplacements contraints et de renforcer l'attractivité médicale des territoires concernés. Elles pourraient aussi favoriser l'installation de nouveaux praticiens grâce à un environnement technique adapté. En revanche, leur développement ne peut pas être guidé par les seuls critères économiques. La priorité doit rester l'intérêt des patients et la réduction durable des inégalités d'accès aux soins.

→ Comment les collectivités peuvent-elles accompagner les projets d'imagerie et les coopérations locales ?

Les collectivités disposent de marges de manœuvre déterminantes. Elles peuvent faciliter l'implantation des structures en mettant à disposition des locaux, en simplifiant certaines démarches ou en soutenant l'accueil des professionnels et de leur famille. Dans les territoires ruraux, la qualité de cet accompagnement est souvent un facteur décisif en matière d'installation. Les élus connaissent les ressources locales, les possibilités de logement, les établissements scolaires et les opportunités d'emploi pour les conjoints. Leur contribution va bien au-delà de cet appui pratique. Ils peuvent fédérer les différents partenaires, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des financeurs, des services de l'État ou des acteurs de la mobilité. Cette coopération locale est essentielle pour construire une offre de santé cohérente. Les collectivités sont des partenaires incontournables pour faire émerger et pérenniser ces projets.

→ Quelles évolutions de la politique de santé permettraient selon vous de mieux répondre aux besoins des territoires ?

Il faut impérativement placer la réalité territoriale au cœur des décisions de santé publique. Trop souvent, les politiques sont conçues en fonction de problématiques urbaines qui ne reflètent pas les besoins des zones rurales. Il manque une vision pluriannuelle permettant d'anticiper les implantations, les équipements et les évolutions démographiques. Il est également indispensable de mieux reconnaître et soutenir les professionnels qui choisissent d'exercer dans les territoires les moins dotés. Les élus locaux doivent, eux aussi, être davantage associés aux choix stratégiques, car ils ont une compréhension fine des besoins de leurs habitants. Enfin, les projets doivent être évalués sur leurs résultats concrets : permettre un accès plus rapide aux examens, réduire les déplacements et améliorer la continuité des soins. La distance ne doit plus être synonyme de perte de chances.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

[1] Association des Maires Ruraux de France

« La France sous-investit dans la prévention et en paie le prix »

Et si l'imagerie médicale était l'un des investissements les plus rentables pour la collectivité ? Alors que la France privilégie encore les soins curatifs au détriment de l a prévention, Cécile Philippe plaide pour une lecture économique fondée sur la valeur créée, l es coûts évités et les années de vie gagnées e n bonne santé.

CÉCILE PHILIPPE, présidente de l'Institut économique Molinari


DR

→ Pourquoi la prévention reste-t-elle encore trop souvent considérée comme une dépense alors que ses bénéfices sanitaires, sociaux et économiques sont largement documentés ? Quels coûts évitables pourraient être réduits grâce à des diagnostics plus précoces ?

La prévention reste considérée comme une dépense, car elle est ainsi appréhendée dans la comptabilité publique. Celle-ci repose encore largement sur une logique de caisse et ne prend pas suffisamment en compte les retombées futures. Son horizon est de douze mois, tandis que la prévention s'inscrit, par définition, dans le temps long. Les économies générées ne se révèlent souvent que plusieurs années plus tard, lorsque la maladie, une fois installée, devient plus complexe et plus coûteuse. Prenons le cas d'un cancer détecté au stade précoce. Il pourra souvent être traité avant d'avoir eu le temps de se propager, avec une prise en charge moins lourde, des traitements moins invasifs et de meilleures perspectives de guérison. Le même raisonnement prévaut pour de nombreuses maladies cardiovasculaires, neurologiques ou métaboliques. Au-delà des seules dépenses de soins, il faut également intégrer les coûts indirects associés à la perte d'autonomie, aux arrêts de travail, à la baisse de productivité et à la mobilisation des proches aidants. Une prévention efficace permet non seulement de réduire la charge pour le système de santé, mais aussi de préserver le capital humain, ce qui représente un gain économique majeur pour la collectivité.

→ Comment mesurer la valeur créée, notamment en imagerie médicale ? Hospitalisations évitées, maintien dans l'emploi, qualité de vie, réduction des traitements lourds… Quels indicateurs devraient être davantage pris en compte ?

Ce qui manque, en France, c'est une comptabilité patrimoniale. Il devrait y avoir, au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie, des actuaires capables d'élaborer une comptabilité accordant une place centrale à l'espérance de vie en bonne santé. Il faudrait raisonner avec un horizon de plusieurs années pour amortir les dépenses de diagnostic précoce et de prévention selon une logique d'investissement, et donc les considérer comme une source d'économies futures. La valeur créée ne se réduit pas aux dépenses hospitalières évitées. Il convient aussi de mieux évaluer les gains de qualité de vie, les années supplémentaires vécues en bonne santé, le maintien dans l'emploi, la réduction des situations de dépendance ainsi que les conséquences positives pour les aidants. Ces éléments ont une valeur économique réelle, et il faut faire en sorte qu'il apparaissent d'une manière ou d'une autre dans les comptes publics. L'imagerie médicale, par exemple, offre l'avantage de produire des bénéfices objectivables. Un diagnostic plus précoce peut prévenir une hospitalisation, raccourcir un parcours thérapeutique, limiter les complications ou améliorer les chances de guérison. Plutôt que les seuls volumes d'actes ou les dépenses immédiates, ce sont les indicateurs de résultats qui devraient guider les décisions publiques en matière de santé.

→ Dans quelle mesure l'amélioration de l'accès territorial à l'imagerie peut-elle constituer un investissement rentable pour la collectivité ? Quels enseignements internationaux peuvent nourrir cette réflexion ?

L'imagerie médicale est un outil de diagnostic essentiel qui, quand il est mobilisé suffisamment tôt, permet d'identifier des pathologies avant leur aggravation. Elle constitue donc un maillon déterminant de la

prévention secondaire. Son intérêt est d'autant plus grand que de nombreux examens sont non invasifs et que leurs bénéfices peuvent largement excéder leur coût. La question de la couverture territoriale est, à ce titre, un enjeu-clé. Dépister de façon précoce est un levier d'économies, y compris dans les zones sous équipées. Un accès plus homogène aux équipements radiologiques permet de réduire les inégalités de santé, de fluidifier les parcours de soins et d'améliorer l'efficacité globale du système. Les comparaisons au sein de l'UE montrent que la France investit 22 % de moins que la moyenne européenne dans la prévention et dépense 26 % de plus dans les soins curatifs. Alors que notre pays se classe au premier rang pour les dépenses de santé curatives rapportées au PIB, il n'occupe que le onzième rang pour l'espérance de vie en bonne santé. Ce décalage rappelle qu'il ne suffit pas de dépenser plus : encore faut-il investir au bon endroit. Dans un pays où les années de vie vécues avec incapacité totalisent près d'un milliard d'années, investir davantage dans la détection précoce des pathologies est un choix économique rationnel. Sous-investir dans l'imagerie et le dépistage, c'est accumuler une véritable dette de prévention, dont le coût humain, social et financier est considérable. Une approche plus patrimoniale de la politique de santé devrait intégrer ces pertes de bien-être et ces coûts différés pour éclairer plus justement les choix publics.

→ Dans un contexte de déficit chronique de la Sécurité sociale et de fortes contraintes budgétaires, pourquoi les investissements dans la prévention et le dépistage ont-ils encore du mal à s'imposer dans les arbitrages publics ? Comment mieux prendre en compte leurs bénéfices à moyen et long terme dans les décisions de financement ?

Si les dépenses de maladie représentent 30 % de la hausse des dépenses publiques depuis 1959, c'est notamment en raison d'un sous-investissement dans la prévention. La France a besoin d'un véritable big bang comptable. L'adoption, il y a vingt-cinq ans, de la loi organique relative aux lois de finances a amélioré le niveau d'information financière, mais elle n'a pas suffisamment transformé la prise de décision. Les choix budgétaires sont principalement focalisés sur les flux : déficits, dépenses, recettes fiscales et dynamique de la dette. Malgré l'introduction de la comptabilité d'exercice, les arbitrages publics demeurent largement guidés par des considérations de trésorerie qui occultent les effets de long terme. Ce n'est pas le seul enjeu, loin de là. Il faut également éviter une intégration des complémentaires santé de droit privé au sein de la Sécurité sociale. La « grande Sécu » serait une catastrophe pour le système de santé français, qui repose sur la pluralité de ses acteurs. Au lieu de rationaliser toujours plus, au motif que cela dégagerait des économies, ce qui reste à prouver, misons sur la concurrence et la complémentarité. Comme le démontre la réforme de la santé menée aux Pays-Bas, donnons enfin aux mutuelles la possibilité de gérer le régime général. Elles jouent un rôle important dans le calcul économique et l'innovation en santé, laquelle doit être appréciée au regard de la valeur créée et des dépenses évitées. Cette organisation favoriserait une concurrence vertueuse et renforcerait l'efficience économique du système de santé.

→ Si vous deviez convaincre un décideur public d'investir davantage dans l'accès territorial à l'imagerie, quels seraient vos principaux arguments ? Quels gains peut-on espérer pour les patients ? Quels gains peut-on espérer pour les finances publiques à moyen et long terme ?

L'imagerie est l'un des rares investissements capables d'améliorer simultanément la qualité des soins, l'efficience du système de santé et l'état de santé de la population. Lorsqu'une pathologie est détectée précocement, les traitements sont généralement moins lourds, moins coûteux et plus efficaces. L'imagerie permet ainsi de limiter les complications, les hospitalisations et les situations de dépendance qui pèsent fortement sur les finances publiques. Pour les patients, les bénéfices sont considérables. Un accès de proximité réduit les déplacements, les retards diagnostiques et les risques de renoncement aux soins. Il augmente les chances d'une prise en charge précoce et favorise une vie plus longue en bonne santé. Cela contribue également au maintien de l'autonomie et, pour les personnes en âge de travailler, au maintien dans l'emploi. Pour les finances publiques, mieux vaut prévenir que réparer. Chaque diagnostic précoce peut éviter des dépenses futures beaucoup plus importantes. Dans un pays confronté à la progression des maladies chroniques et au vieillissement de la population, développer l'accès territorial à l'imagerie constitue un levier majeur pour optimiser durablement le rapport entre les moyens mobilisés et les résultats obtenus en matière de santé.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

« L'IMAGERIE EST L'UN DES RARES INVESTISSEMENTS CAPABLES D'AMÉLIORER SIMULTANÉMENT LA QUALITÉ DES SOINS, L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION »

Fédération Nationale des Médecins Radiologues

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



PARLEZ-EN,
LE DÉPISTAGE PEUT SAUVER DES VIES.

Plus d'infos auprès de votre centre d'imagerie ou de votre médecin.

fnmr.fr

ASSOCIATION P.P.P
CHEZ ROSE
Collectif Triplettes Roses
étincelle
EUROPA DONNA FRANCE
JEUNE & ROSE
LA LIGUE CONTRE LE CANCER
les blouses roses
Mon bonnet rose
BELLES ET SOLIDAIRES FACE AU CANCER
mon réseau cancer DU SEIN
ODYSSEA
Rose Up
,skin
TOUT LE MONDE CONTRE LE CANCER
une Luciole dans la nuit
Vivre comme avant.
Association cancer du sein

OCTOBRE ROSE 2026

La FNMR se mobilise

**Affiches, flyers et ouvrage "Paroles de femmes" sont disponibles sur le site de la FNMR.
Vous pouvez également les commander à l'adresse suivante : info@fnmr.org.
Des badges et des rubans sont aussi à votre disposition pour soutenir cette mobilisation.**



→ Une affiche invitation au dépistage

Pour les centres de radiologie et toutes les structures concernées par le dépistage (CRCDC, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, associations de patients...).

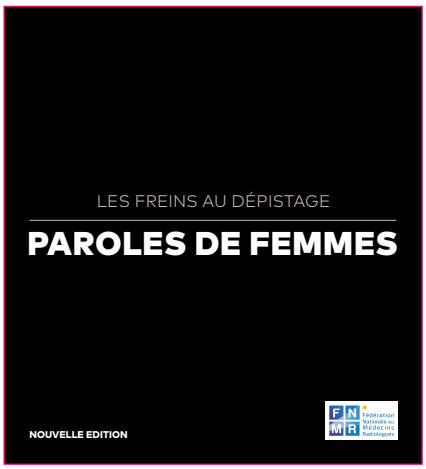
→ Un flyer

Pour découvrir le plus tôt possible un éventuel cancer, pour avoir encore plus de chance de guérir, pour un traitement moins lourd, pour une meilleure qualité de vie. Pour découvrir le parcours de mammographie du dépistage du cancer du sein.



→ Les freins au dépistage « Paroles de femmes »

Pourquoi près d'une femme sur deux ne fait pas sa mammographie de contrôle. Pour comprendre, la FNMR a décidé de s'adresser directement aux femmes en allant à leur rencontre.



→ Des badges et rubans

Pour afficher votre soutien et soutenir la mobilisation de la FNMR pour octobre rose.





fnmr.org

FORCOMED

Évitez l'arrêt d'exploitation immédiat de vos installations radiologiques !


DR

Thomas LEMOINE,
référent FORCOMED en Qualité/Radioprotection

Le traitement des non-conformités relevées lors des contrôles de qualité des installations radiologiques se renforce du côté de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Une évolution qui invite les exploitants à renforcer leur vigilance et, surtout, leur démarche de prévention.

→ Des contrôles de qualité sous surveillance

L'ANSM publie les décisions réglementaires encadrant les contrôles de qualité des installations radiologiques. Ces contrôles sont notamment réalisés par des organismes externes agréés. Lorsqu'une non-conformité majeure ou persistante est constatée, l'organisme de contrôle en informe l'exploitant afin que des actions correctives soient mises en œuvre. Mais il en informe également l'ANSM, une procédure dont les conséquences peuvent parfois être sous-estimées par les exploitants. Jusqu'à présent, ces signalements n'entraînaient pas systématiquement de conséquences particulières. La situation évolue aujourd'hui.


DR

→ Un risque pouvant aller jusqu'à l'arrêt d'exploitation

L'ANSM renforce désormais le suivi de ces non-conformités et peut engager des actions pouvant aller, dans certains cas, jusqu'à l'arrêt immédiat de l'exploitation de l'installation concernée. L'exploitant peut alors recevoir un courrier lui imposant l'arrêt de l'équipement jusqu'à ce qu'une contre-visite, réalisée par un organisme externe agréé, permette de constater la remise en conformité. Cette mesure ne correspond pas nécessairement à l'existence d'un risque radiologique important : certaines non-conformités n'ont pas d'incidence directe sur les doses

En résumé

PRÉVENIR L'ARRÊT D'EXPLOITATION

L'ANSM renforce le suivi des non-conformités majeures ou persistantes. Après signalement par un organisme agréé, elle peut imposer l'arrêt immédiat d'un équipement jusqu'à sa remise en conformité, même en l'absence de risque radiologique important.

TROIS POINTS DE VIGILANCE

- ↗ Réaliser et tracer tous les contrôles internes.
- ↗ Programmer la maintenance préventive avant les contrôles externes, notamment en mammographie.
- ↗ Vérifier le fonctionnement des indicateurs de dose : PDS, PDL, CTDI ou DGM.

BONNES PRATIQUES

Maintenance, traçabilité et formation des équipes sont les meilleurs leviers pour prévenir une interruption d'exploitation. Impliquez vos RRH et vos qualiticiens.

délivrées aux patients ou sur la qualité des images produites. Elle reflète, en revanche, une exigence accrue de rigueur dans l'organisation, le suivi et la traçabilité des contrôles de qualité.

→ Points de vigilance

En mammographie, une attention particulière doit notamment être portée à la réalisation complète des contrôles de qualité internes ainsi qu'à la programmation des opérations de maintenance préventive avant les contrôles externes semestriels. La maintenance des équipements et la bonne réalisation des contrôles internes par les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) constituent ainsi des éléments essentiels de prévention. Autre point de vigilance : les installations d'imagerie médicale disposant d'indicateurs de dose, tels que le PDS, le PDL, le CTDI ou le DGM selon les modalités concernées, doivent garantir le bon fonctionnement de ces dispositifs. Une défaillance de ces indicateurs peut également exposer l'installation à une décision d'arrêt d'exploitation.

→ Anticiper plutôt que subir

Pour limiter ce risque, deux leviers sont essentiels : **renforcer la maintenance préventive des installations et s'assurer de la maîtrise des contrôles de qualité par les équipes.** La formation des MERM participe directement à cette démarche. Plusieurs programmes FORCOMED abordent ces enjeux, notamment en assurance qualité, en radioprotection des patients et en optimisation des pratiques au scanner. Les formations dédiées à la mammographie sont également particulièrement concernées par ces exigences. Anticiper les contrôles, maintenir les compétences et sécuriser les procédures permet ainsi de réduire le risque de non-conformité et d'éviter qu'un défaut de suivi ne se transforme en arrêt d'exploitation. ●

En mammographie, une attention particulière doit notamment être portée à la réalisation complète des contrôles de qualité internes

Devenez référent Qualité LABELIX

La formation FORCOMED vous prépare à assumer pleinement le rôle de **responsable ou référent qualité** au sein d'un cabinet de radiologie, dans le cadre du référentiel Labelix.

Vous apprendrez à structurer, déployer et piloter une démarche qualité efficace, de la gestion documentaire à la conduite des audits internes.

UNE FORMATION INDISPENSABLE POUR SÉCURISER VOS PRATIQUES, PRÉPARER SEREINEMENT VOS AUDITS ET ACCOMPAGNER VOTRE CABINET DANS SA DÉMARCHE DE CERTIFICATION QUALITÉ.

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT

Jeudi 10 décembre 2026 • 9h - 17h (visioconférence)

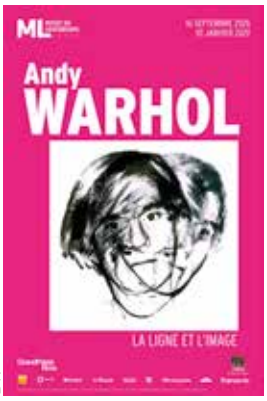
https://forcomed.org/catalogue/responsable-et-referent-qualite-labelix

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

VOIR ET GOÛTER...

Ce mois-ci, nous vous proposons trois échappées pour changer de rythme, ouvrir de nouvelles perspectives et prendre de la hauteur. Un artiste qui fait dialoguer la main et la machine, une ville où les heures se dégustent en pintxos, une villa conçue comme une œuvre totale. Trois façons, aussi, de prendre ses distances avec le quotidien.



DR

→ WARHOL

QUAND LA MACHINE RENCONTRE LE REGARD

On connaît les Marilyn, les boîtes Campbell's et les portraits de célébrités devenus des icônes. On connaît moins le Warhol dessinateur. C'est ce visage plus intime que le Musée du Luxembourg invite à découvrir du 16 septembre 2026 au 10 janvier 2027, à travers une exposition consacrée à son travail sur papier. Avant la Factory, les sérigraphies et la démultiplication des images, il y a le trait. Précis, parfois d'une grande économie de moyens, il saisit corps, visages et objets avant de les faire basculer dans l'univers de la reproduction. Dessin, photographie, sérigraphie : Warhol explore toutes les étapes de la fabrication de l'image, qui se fait matière reproductible, transformable et sans cesse réinterprétée. L'exposition illustre la tension féconde entre création artistique et procédés mécaniques. Une réflexion étonnamment actuelle, à l'heure où les technologies redéfinissent, elles aussi, notre rapport aux images et au processus de création. Pour les radiologues, le parallèle s'impose naturellement : que devient le regard lorsque la technique en démultiplie les possibilités ? Warhol n'apporte pas de réponse définitive. Il rappelle simplement qu'à l'ère des machines, voir demeure un acte profondément humain.

• Musée du Luxembourg, Paris, du 16 septembre 2026 au 10 janvier 2027

→ SAINT-SÉBASTIEN

48 HEURES AU GOÛT BASQUE

À Saint-Sébastien, il existe une manière simple de mesurer le temps : compter les pintxos. Un premier dans la vieille ville, un deuxième quelques rues plus loin, un troisième face à l'océan... et la journée s'est déjà envolée. Cet automne, la cité basque a une raison supplémentaire de célébrer sa gastronomie. 2026 marque les cinquante ans de la « nouvelle cuisine basque », mouvement né au milieu des années 1970 et devenu l'un des chapitres majeurs de l'histoire culinaire espagnole. La meilleure façon de découvrir la ville reste pourtant de suivre son appétit. Le matin, promenade le long de la baie de la Concha. À midi, direction la Parte Vieja pour picorer quelques spécialités. L'après-midi, marché de la Bretxa, ruelles du centre historique ou balade sur les hauteurs. Puis vient le dîner, autour d'une cuisine qui marie produits locaux, précision technique et créativité. Mais Saint-Sébastien ne se résume pas à ses tables. Architecture Belle Époque, culture basque et horizon marin dessinent un décor idéal pour un week-end d'automne. Le vrai luxe se trouve peut-être là : s'offrir quarante-huit heures sans regarder l'heure.


DR

• Saint-Sébastien, Espagne, une escapade gourmande à savourer en octobre

ÉLECTIONS

VIE SYNDICALE

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

● **MARNE**

→ Le Syndicat Départemental de la Marne a procédé aux élections de son Bureau le 8 septembre 2026 :

Président : Dr Jérôme ROUGER – Reims
Vice-Président : Dr Alban COLOSIO – Reims
Trésorier et Secrétaire Générale : Dr Jean-Baptiste BLANC – Reims

Remplacements / Associations

Nº 11085

75 - PARIS

Centre d'imagerie médicale, emplacement stratégique de plain-pied, à proximité des gares, locaux belle surface. Activité solide avec fort potentiel de développement. Dossier confidentiel sur demande par mail :
parimagerie@gmail.com.

Nº 11084

72 – LE MANS

1h de Paris. Groupe indépendant et dynamique, 24 radiologues recherche associé(e)s et/ou remplaçant(e)s. Plateau technique complet dont 6 scanners et 7 IRM. Activité diagnostique diversifiée et interventionnelle développée.
M. Julien SERAPHIN
Julien.seraphin@72mis.fR
07 48 83 79 64
www.72mis.fr

Nº 11083

47 – VILLENEUVE SUR LOT

Cabinet de radiologie indépendant 3 associés, recherche associé(e) et successeur. Forte activité mammographique, scanner IRM, échographie, cone beam.
radiologie47300@gmail.com

Nº 11082

95 – 60

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

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

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

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

Nº 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 Tatania TAUPIN
06 63 09 23 38
tatiana_taupin@hotmail.com

Nº 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. Temps de travail modulable (mi-temps, temps complet). Activité : radiologie conventionnelle, sénologie, échographie , IRM et scanner.
02 31 08 38 50
contact.radiobeaulieu@mailo.com

Nº 11079

63 - CLERMONT FERRAND

Medecin 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.

Nº11078

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

Nº11077

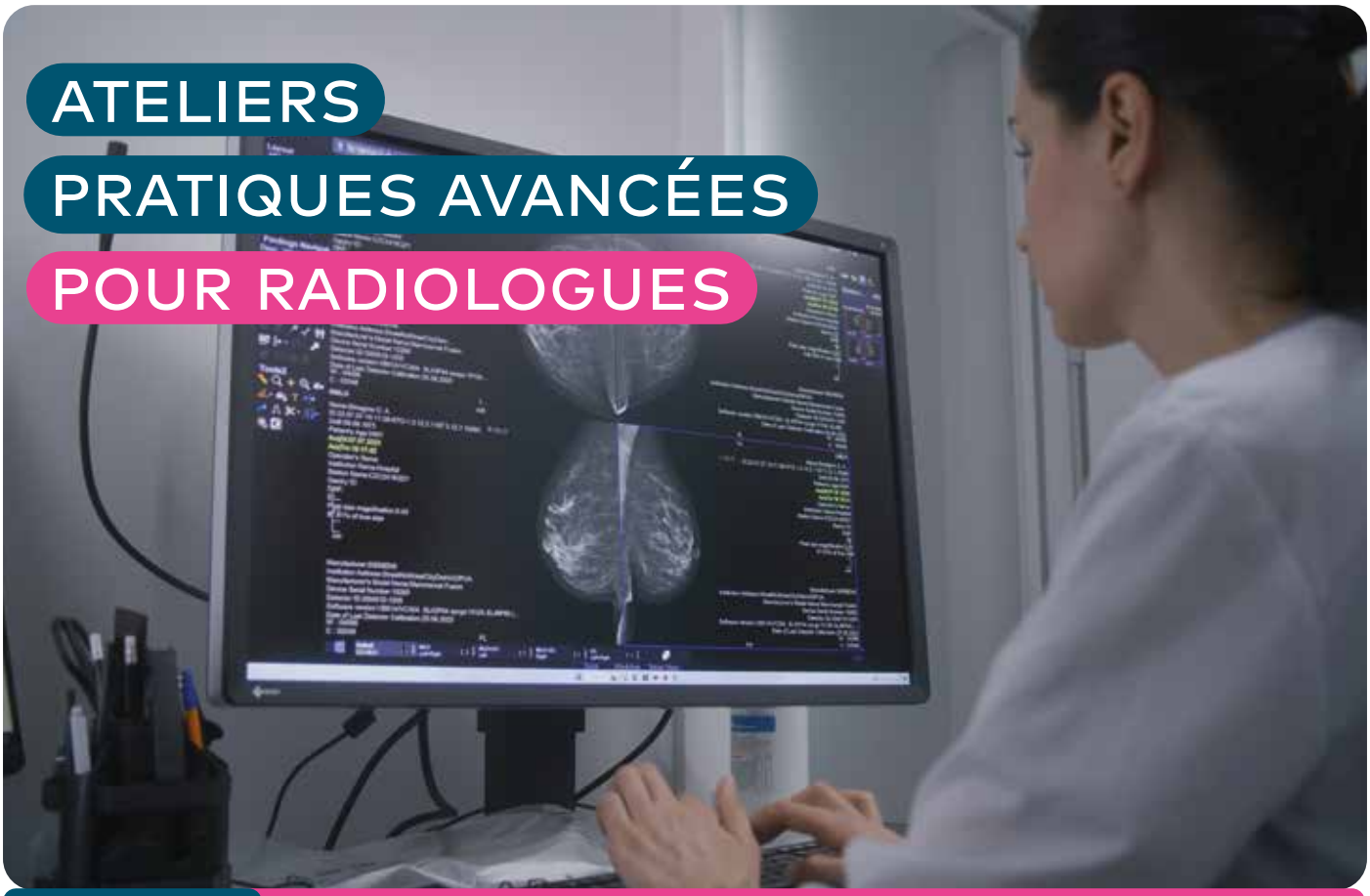
52 - CHAUMONT

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 congés ou contrat de collaboration possible pour démarrer.
Dr Luc HADOUX
luchadoux@hotmail.fr
www.elsan.care/fr/cmc-chaumont-le-bois



RENDEZ-VOUS POUR IMAGINE 2027
À BIARRITZ LE SAMEDI 5 JUIN

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 2026

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