fnmr.org

Le Médecin Radiologue libéral

Le journal de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues

NUMÉRO 504 NOVEMBRE 2026



ENTRETIEN

Marie-Pierre REVEL, co-coordinatrice d'IMPULSION

PORTRAIT

Cédric BROCHART, radiologue à Amiens

Sommaire

6 **PLFSS 2027 :** dépister plus, financer moins ?
ACTUALITÉ


© Istock

8 **Cancer du poumon :** l'image avant le symptôme
DOSSIER


DR

10 **Pr Marie-Pierre Revel :** « Les radiologues libéraux seront au cœur du dispositif »
DOSSIER


DR

15 **Cédric Brochart :** la liberté comme méthode
PORTRAIT


© Éric durand

19 Défendre la radiologie, convaincre les décideurs
CA FNMR


© Eric Durand

3 **Édito**

4 **Brèves**

5 **Article 29 :** nous ne sommes pas restés spectateurs

7 **IMPULSION :** l'heure de la mobilisation

12 **Dépistage du cancer du poumon :** ce que j'ai appris en formant mes confrères

14 **Cancer du poumon :** le dépistage sort de l'ombre

16 **Forcomed Académie :** la formation radiologique en mode pratique

24 **Petites annonces**

25 **Vie syndicale**

26 **Loisirs**

Le Médecin Radiologue libéral

NUMÉRO 504 NOVEMBRE 2026

Annonceurs : Forcomed p. 18 – Labelix p. 27

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



Dépister, malgré tout

« Avec le cancer du sein, nous avons montré que les radiologues libéraux savent organiser un dépistage de proximité, exigeant et accessible »

Dr Éric CHAVIGNY
Président de la FNMR

Le 17 octobre, une journée de mobilisation contre la vie chère a tourné à l'émeute dans plusieurs villes. Ces images nous ont tous marqués. À six mois de la présidentielle, le pays est inquiet, fatigué, en colère.

Pendant ce temps, nos cabinets sont restés ouverts. Nos équipes ont continué d'accueillir les patients, en ville comme dans les territoires les plus isolés. C'est notre façon de tenir : être présents, chaque jour, au service de la population.

Être là, c'est aussi ce que nous défendons au Parlement. Le PLFSS 2027 est débattu à l'Assemblée depuis le 20 octobre. Une troisième baisse des forfaits techniques est prévue en janvier 2027. Nous demandons un moratoire et proposons d'autres voies d'économies, fondées sur la pertinence des actes.

Ce numéro aborde un sujet qui nous tient particulièrement à cœur : le dépistage du cancer du poumon. Plus de 30 000 personnes en meurent chaque année en France. Le programme de recherche IMPULSION, coordonné par la Pr Marie-Pierre Revel et le Pr Sébastien Couraud, teste le scanner faible dose dans cinq régions. Un tel dépistage pourrait réduire de 20 à 25 % la mortalité.

Avec le cancer du sein, nous avons montré que les radiologues libéraux savent organiser un dépistage de proximité, exigeant et accessible. Nous disposons de l'expérience, du maillage territorial et du savoir-faire nécessaires pour relever ce nouveau défi.

Le dépistage organisé du cancer du poumon ne se fera pas sans les radiologues libéraux. Pour éclairer cet enjeu majeur, nous avons réuni dans ce dossier la Pr Marie-Pierre Revel, le Dr Laurent Desloques, pour Forcomed, et Laure Guéroult-Accolas, pour Patients en réseau. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Prenez soin de vous, de vos équipes et de vos patients.

© Photo : Éric Durand



Financiarisation : le tour de vis

Encadrer sans interdire. Présenté mi-octobre par Stéphanie Rist, ministre de la Santé, et Serge Papin, ministre des PME, le plan gouvernemental pour maîtriser les effets de la financiarisation de la santé comporte dix mesures articulées autour de trois grandes priorités : accompagner les professionnels, protéger leur indépendance et accroître la transparence des montages capitalistiques. Le premier axe prévoit des outils de formation à la gestion, une meilleure lisibilité des financements et un réseau de mentorat pour les primo-installants, avec les syndicats volontaires. Le deuxième axe comprend une doctrine sur la gouvernance des SEL, élaborée avec les ordres et les investisseurs, un renforcement du contrôle ordinal par décret et un dispositif national d'alerte pour les praticiens subissant des pressions sur leur autonomie. Le troisième axe inclut notamment un registre des participations dans les SEL tenu par l'Assurance Maladie, un observatoire national rattaché à la Drees et une cartographie des acteurs "systémiques", dont la défaillance pourrait menacer la continuité des soins. Pour les radiologues libéraux, le véritable test sera territorial : les ARS devront davantage articuler les autorisations d'équipements lourds avec les besoins de santé. Le déploiement est annoncé entre fin 2026 et courant 2027. Reste une question déterminante : quelles règles s'appliqueront aux montages déjà constitués ?

Tomosynthèse : moins de cancers manqués

Un signal positif. Selon l'étude TOSYMA-2, publiée début octobre dans *The Lancet Oncology,* la tomosynthèse associée à une image 2D synthétique (3D + 2Ds) réduit de 24 % les cancers invasifs de l'intervalle, avec 14,2 cas contre 18,6 pour 10 000 femmes sur deux ans. Une tendance, mais pas encore une preuve, car le seuil de significativité statistique n'a pas été atteint. Dans la continuité de TOSYMA-1, qui avait porté le taux de détection de 4,8 à 7,1 cancers pour 1 000 femmes dépistées, ces résultats alimentent les discussions sur la place de la 3D + 2Ds dans le dépistage organisé français, où persistent des interrogations sur l'image synthétique et l'organisation de la seconde lecture.





Démographie médicale : un rebond sous conditions

La démographie médicale progresserait fortement, sans garantir un meilleur accès aux soins. Selon les nouvelles projections de la Drees, publiées début octobre, la France compterait 351 300 internes et médecins de moins de 70 ans en 2040, contre 261 800 en 2025, soit une augmentation de 34 %. Précision notable : ce scénario tendanciel repose sur l'arrivée de 2 500 praticiens diplômés à l'étranger chaque année ; sans eux, les effectifs plafonneraient à 316 500. Autre fait marquant : le nombre total de praticiens et d'internes atteindrait 464 200 en 2060. Toutes les spécialités seraient concernées, y compris l'imagerie médicale. La répartition de ces professionnels reste toutefois une interrogation majeure. Malgré cet afflux, les déserts médicaux pourraient perdurer. Les inégalités sanitaires aussi, prévient la Drees.

Internat : cap sur les territoires

Près de 39 000 internes en 2025, plus de 50 000 attendus en 2033. Dans un rapport publié mi-octobre, la Cour des comptes estime que cette hausse des effectifs doit favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Deux chiffres étayent ce constat : 59 % des internes effectuaient leurs stages hospitaliers en CHU et, hors médecine générale, 97 % des stages étaient réalisés à l'hôpital en 2023. Or les médecins s'installent le plus souvent là où ils ont été formés. La Cour recommande donc de planifier les postes par spécialité et par territoire, de garantir autant de terrains de stage que d'internes et de développer les stages en ville. Une orientation qui pourrait renforcer le rôle des cabinets d'imagerie libéraux dans la formation des futurs radiologues.

Intelligence artificielle : la menace invisible

Un risque existentiel ? Dans un rapport publié mi-octobre, une commission du *Lancet* classe les usages malveillants de l'intelligence artificielle parmi les deux plus grandes menaces pour la santé humaine d'ici à 2100, aux côtés de la "famine nucléaire". Les experts redoutent notamment la conception de pathogènes particulièrement dangereux, la perturbation d'infrastructures critiques et la perte de contrôle de systèmes avancés. Leur impact potentiel est estimé à 10,4 milliards d'années de vie en bonne santé perdues, un niveau supérieur à celui attribué à un conflit nucléaire. Face aux risques évoqués, les auteurs plaident pour un renforcement de la gouvernance des technologies les plus sensibles. Une réflexion qui concerne aussi la radiologie, où les outils algorithmiques occupent une place croissante dans les pratiques quotidiennes.

Article 29

Nous ne sommes pas restés spectateurs

Le PLFSS 2027 a été présenté en Conseil des ministres le 1er octobre, le jour même où débutait Octobre rose. Un article concerne directement les radiologues libéraux : l'article 29. Depuis l'été, la FNMR est mobilisée auprès des parlementaires et des pouvoirs publics pour défendre les intérêts de la profession.

Nous n'avons pas attendu l'ouverture des débats pour défendre nos positions auprès des parlementaires et des pouvoirs publics. Dès juillet, j'ai échangé par téléphone avec Thibault Bazin, rapporteur général de la commission des affaires sociales pour le PLFSS 2027. Je lui ai transmis une note étayée par quelques chiffres simples : l'imagerie représente environ 3 % des dépenses de santé ; les baisses de nomenclature ont déjà rapporté 199 M€ ; et nous proposons des économies fondées sur la pertinence, plutôt que de nouvelles baisses de tarifs. En septembre, j'ai rencontré Yannick Neuder. Député de l'Isère, ancien ministre de la Santé, il est aussi cardiologue : il sait ce que coûte un plateau technique. L'échange a été franc. Nous avons parlé pertinence (320 M€ d'économies identifiées), forfaits techniques, « dépistage à la française » et PIMAP. Il a affirmé son soutien à une radiologie libérale de qualité, ancrée dans les territoires. Il l'a montré depuis, en déposant l'un de nos amendements. Les textes se préparent aussi au sein des administrations du ministère de la Santé. Le 8 octobre, j'ai rencontré Clelia Delpech à la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Le 15 octobre, Hugo Gilardi, directeur général de l'offre de soins (DGOS), m'a reçu. À chaque fois, j'ai remis une note de la FNMR portant sur nos dossiers : forfaits techniques, démographie et PIMAP, Observatoire National de l'Imagerie Médicale (ONIM), dépistage du cancer du sein. À la DSS, j'ai aussi présenté la filière courte d'imagerie lancée avec la CPAM des Landes pour réduire la durée des arrêts maladie.

→ Sanctionner n'est pas soigner

L'article 29 permettrait d'obliger par décret les radiologues à participer au dépistage organisé là où l'accès est jugé insuffisant, sous peine de sanctions conventionnelles. Il pourrait même conditionner l'autorisation de nos équipements lourds à cette participation. La déception a été vive. Car le dépistage est déjà très encadré : convention avec l'Assurance Maladie, au moins 500 mammographies par an, formation obligatoire en imagerie du sein. Oui, la participation recule : 52,3 % en 2011, contre 47,5 % en 2025, loin de l'objectif de 70 %. Mais une obligation ne fabrique ni radiologue formé, ni temps médical supplémentaire. Et comment demander plus quand la mammographie de dépistage est toujours rémunérée 66,42 €, au même tarif depuis plus de vingt ans ? Nous avons donc réagi : six amendements, proposés aux députés et mis à votre disposition afin que vous puissiez les adresser à vos élus. Je remercie celles et ceux qui se sont mobilisés. La commission des affaires sociales a rejeté le PLFSS, mais nos principales propositions ont été redéposées pour la séance publique : **supprimer l'article 29** : n° 414 (députés DR), et d'autres amendements de suppression venus d'autres groupes ; **coordonner plutôt que contraindre,** avec des rendez-vous dédiés dans les centres volontaires : n° 416 (DR) ; **ne pas toucher aux autorisations** d'équipements lourds : n° 420 (DR) et n° 1672 (Yannick Neuder) ; **concerter avec les syndicats** représentatifs avant tout décret : n° 425 (DR) et n° 701 (MoDem) ; **reconnaître la consultation et le bilan de diagnostic immédiat** associés à la mammographie de dépistage : n° 431 (DR). Seul notre amendement demandant un rapport sur la valorisation du dépistage n'a pas été repris. Au total, une trentaine d'amendements ont été déposés sur l'article 29.

→ L'imagerie fait partie de la solution

Notre message tient en une phrase : on ne peut plus réaliser d'économies en baissant les tarifs de l'imagerie, mais l'imagerie peut en faire gagner à tout le système grâce au diagnostic précoce.
Nous demandons donc quatre engagements : **aucune nouvelle baisse des forfaits techniques** avant les conclusions du groupe de travail CNAM-profession (-12 % prévus au 1er janvier 2027 pour le scanner et l'IRM) ; **des économies fondées sur la pertinence**, construites avec les prescripteurs et l'Assurance Maladie, et non portées par les seuls radiologues ; **la reconnaissance du « dépistage à la française »**, associant mammographie et consultation ; **le développement des PIMAP**, pour maintenir une offre d'imagerie de proximité dans les territoires. Les débats parlementaires ont commencé le 20 octobre. Nous suivrons chaque vote, à l'Assemblée nationale puis au Sénat. Rien n'est acquis. Dans les semaines qui viennent, la mobilisation de chacun comptera. Continuez à expliquer à vos députés et à vos sénateurs la réalité de votre exercice quotidien. C'est par cette mobilisation collective que nous ferons entendre la voix de la radiologie libérale et défendrons durablement notre modèle de prise en charge. ●

Dr Éric Chavigny,
président de la FNMR

PLFSS 2027

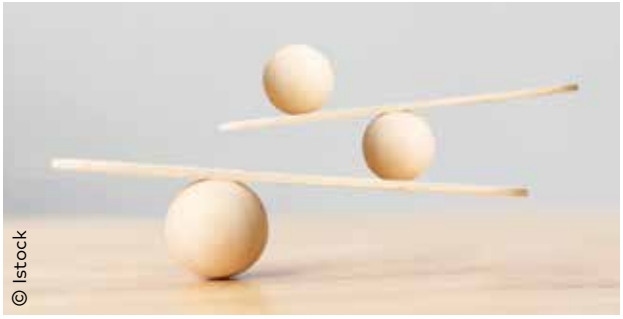
Dépister plus, financer moins ?

Le PLFSS 2027 érige la prévention et le dépistage en priorités, tout en poursuivant le redressement des comptes sociaux. Pour les radiologues libéraux, la situation tourne au paradoxe : comment élargir les missions de santé publique alors que les ressources de l'imagerie restent sous pression ?

Un budget sous forte contrainte. Présenté début octobre, le nouveau projet de loi de financement de la Sécurité sociale prévoit de ramener le déficit des régimes obligatoires de base de 21,8 à 12,7 milliards d'euros en 2027. Pour atteindre cet objectif ambitieux, le gouvernement retient un Ondam en hausse de 2 %. Fait marquant : les soins de ville apparaissent comme le parent pauvre de la répartition budgétaire, avec une progression limitée à 0,77 %, contre 3 % pour les établissements de santé. Les ministres de tutelle assument pleinement cette stratégie de redressement. Roland Lescure, ministre de l'Économie, évoque un « impératif de consolidation » dans une conjoncture marquée par la hausse de la dette et des taux d'intérêt. David Amiel, ministre des Comptes publics, assume « une trajectoire exigeante, mais indispensable pour préserver les générations futures ». La ministre de la Santé, Stéphanie Rist, défend un texte qui « freine la progression des dépenses sans les réduire ». Pour les radiologues libéraux, le contexte demeure toutefois tendu. Après novembre 2025 et juillet 2026, une troisième baisse des forfaits techniques des scanners et des IRM est programmée en janvier 2027.

→ Le dépistage au cœur des tensions

L'article 29 constitue le principal point de tension du futur budget : il pourrait imposer une participation obligatoire au dépistage organisé du cancer du sein lorsque la couverture de la population est jugée insuffisante. La mesure pourrait notamment conditionner certaines autorisations de matériels lourds à la contribution effective des radiologues libéraux. Le gouvernement justifie cette orientation par un taux de recours encore loin de l'objectif européen de 70 %. Pour la Fédération nationale des médecins radiologues, la finalité sanitaire ne fait pas débat, mais les moyens retenus suscitent des réserves. « Une obligation réglementaire ne crée ni temps médical supplémentaire, ni créneaux additionnels, ni professionnels formés », souligne Éric Chavigny, son président. À rebours des objectifs recherchés, il estime que ce lien entre participation au dépistage organisé et autorisations de matériels lourds pénaliserait les territoires où l'accès aux examens radiologiques est déjà



© Istock

fragilisé. Pour les représentants de la profession, le sujet n'est pas le dépistage, mais sa faisabilité financière et organisationnelle.

→ Le pari du diagnostic précoce

Face au projet gouvernemental, la FNMR a choisi d'investir le terrain parlementaire. Elle plaide pour une approche fondée sur la pertinence des soins, l'organisation des parcours et le diagnostic précoce plutôt que sur de nouvelles coupes tarifaires. La fédération demande notamment un moratoire sur la baisse des forfaits techniques et une meilleure reconnaissance du temps médical consacré aux actions préventives. Son argumentaire repose également sur des considérations économiques. Dans une tribune publiée par Les Échos, Éric Chavigny rappelle qu'un cancer du sein diagnostiqué au stade I représenterait un coût de 10 600 euros, contre 93 400 euros au stade IV. Selon lui, investir plus tôt dans le diagnostic permettrait de soigner mieux, mais aussi de réduire les dépenses associées aux prises en charge tardives. La FNMR propose trois solutions concrètes : faire reconnaître le « dépistage à la française », qui associe mammographie, examen clinique et, si nécessaire, bilan diagnostique immédiat, créer une consultation dédiée et clarifier le financement des missions de prévention. Au-delà de l'article 29, cette controverse révèle une divergence de fond. D'un côté, l'imagerie médicale est envisagée comme un poste de dépenses qui doit être maîtrisé. De l'autre, elle est présentée comme un levier d'efficience permettant d'améliorer les parcours de soins, tout en évitant des traitements plus onéreux. Le débat parlementaire devra trancher entre ces deux visions. ●

Jonathan ICART

Les six amendements de la FNMR

- **Supprimer** l'article 29 du PLFSS et les sanctions associées.
- **Instaurer** une coordination territoriale du dépistage, avec des rendez-vous dédiés dans des centres volontaires.
- **Supprimer** le conditionnement des autorisations d'équipements lourds à la participation au dépistage.
- **Prévoir** une concertation avec les syndicats représentatifs des professionnels concernés.
- **Associer** consultation et bilan diagnostique immédiat à la mammographie de dépistage organisé.
- **Demander** un rapport au gouvernement sur la valorisation du dépistage du cancer du sein.

NB : la demande de rapport sur la valorisation du dépistage est le seul amendement resté sans relais parlementaire.

IMPULSION
L'heure de la mobilisation

Fin août, le comité de pilotage national d'IMPULSION a dressé un premier bilan. Avec 1 484 participants inclus pour un objectif de 20 000, l'étude progresse mais doit encore accélérer. Pour atteindre ses ambitions, la mobilisation des radiologues libéraux sera déterminante.

Un démarrage très contrasté selon les régions. Aujourd'hui, 63 centres peuvent inclure des participants et 35 centres de radiologie sont autorisés à réaliser les scanners. Les écarts entre régions sont nets : la Provence-Alpes-Côte d'Azur atteint 28 % de son objectif, l'Auvergne Rhône-Alpes 20 %, l'Île-de-France 9 %, les Hauts-de-France 7 % et les Pays de la Loire 6 %.

Même dynamique pour les scanners : 69 % des inclus d'Île-de-France ont déjà passé leur examen, contre 37 % dans les Hauts-de-France et 14 % en Pays de la Loire. Autre enseignement : 97 % des inclusions viennent des soins secondaires, et seulement 3 % des soins primaires. La mobilisation de la médecine de ville apparaît désormais comme l'un des principaux leviers pour accélérer le recrutement. Côté consentement, le papier domine encore (59 %) face à l'e-consent (41 %), que le COPIL nous invite à privilégier. Sur 987 comptes rendus saisis, 19 scanners sont positifs (1,93 %) et 50 indéterminés (5,07 %).

→ Les radiologues en renfort

Un changement nous concerne directement : les descripteurs du nodule vont devenir obligatoires dans le compte rendu, et non plus optionnels. Le programme poursuit par ailleurs son déploiement, avec de nouvelles ouvertures prévues en octobre, puis en 2027. Les cabinets d'imagerie de ces territoires seront donc directement sollicités pour réaliser et interpréter ces examens. Plusieurs questions d'organisation restent ouvertes : quelle sera la structure gestionnaire, quelle sera la date effective d'ouverture, comment seront organisées les relances et quelle place sera accordée aux Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des cancers (CRCDC) ? En parallèle, l'étude LUCIDE, lauréate de l'AAP AGIR, a déjà identifié 40 centres équipés de scanners compatibles.

→ Se former dès aujourd'hui

IMPULSION a prévu des formations « ambassadeurs ». Le niveau 1 s'adresse aux acteurs du médico-social, de l'éducation, des territoires, aux associatifs et aux citoyens engagés. Le niveau 2, plus approfondi, vise les professionnels de santé, donc nous. Il est proposé sous trois formes : un slide kit IMPULSION, une formation en ligne mise en place par le CNMR, ou une formation organisée par chaque région. Pour aller plus loin, la FNMR, via Forcomed, et la Société Française de Radiologie, via C-FIM, ont construit ensemble une formation au dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose. Son objectif ? Permettre à chaque radiologue de réaliser et d'interpréter ces examens selon les standards de qualité ayant démontré l'efficacité du dépistage. Elle associe sept enseignements en e-learning (acquisition faible dose, analyse des nodules, volumétrie, CAD, compte rendu structuré) et une demi-journée d'atelier sur console à Paris, autour de cas cliniques. Prochaines plénières : le 8 décembre 2026 au matin et le 19 janvier 2027[1]. Je vous invite toutes et tous à vous former, que vous participiez ou non à l'expérimentation IMPULSION. ●

Dr Éric Chavigny,
président de la FNMR


DR

« Aujourd'hui, 63 centres peuvent inclure des participants et **35 centres de radiologie sont autorisés à réaliser les scanners** »

[1] Tarif à partir de 897 €, avec un tarif adhérent FNMR. Inscriptions sur forcomed.org.

Cancer du poumon

L'image avant le symptôme



DR

La preuve est établie : le scanner thoracique faible dose réduit la mortalité liée au cancer du poumon. Avec IMPULSION, la France teste désormais, en conditions réelles, l'organisation d'un futur programme national de dépistage. Recrutement, qualité des lectures, intelligence artificielle, rémunération : sur chacun de ces fronts, les radiologues libéraux seront attendus. Leur maillage en fait le pivot du dispositif.

Première cause de mortalité par cancer en France, le cancer du poumon progresse le plus souvent sans symptôme. Quand il se révèle, il est généralement trop tard pour opérer. Il incarne mieux que tout autre le coût du retard diagnostique, entre traitements devenus impossibles et pertes de chances pour les patients. Longtemps, pourtant, le dépistage a divisé. On redoutait les faux positifs, les examens inutiles et l'irradiation, et l'on doutait de la faisabilité d'un programme national. Les grands essais internationaux ont levé ces objections. Après l'américain NLST en 2011, l'européen NELSON a confirmé la baisse de la mortalité en 2020, avec beaucoup moins de faux positifs grâce à la mesure volumique. En 2022, la revue Cochrane, fondée sur huit essais randomisés et plus de 91 000 participants, a établi une réduction moyenne de 21 % de la mortalité par cancer du poumon. Le scanner thoracique faible dose, sans injection, s'est imposé comme l'examen de référence.
Le débat a changé de nature. « La question n'est plus de savoir si le dépistage fonctionne, mais comment le déployer à grande échelle », souligne le Pr Marie-Pierre Revel, radiologue à l'Hôpital Cochin et pilote de l'étude CASCADE. Les expériences étrangères montrent que rien n'est acquis. Aux États-Unis, faute de coordination nationale et en raison de la stigmatisation des fumeurs, moins de 20 % des personnes éligibles se font dépister. Le Royaume-Uni a, lui, obtenu de meilleurs résultats en misant sur l'aller-vers, au plus près des populations éloignées du système de santé. Encore faut-il que chaque maillon tienne. Le Dr Laurent Desloques, radiologue spécialisé en imagerie thoracique et formateur Forcomed, le confirme : « Un dépistage rigoureux identifie les cancers à un stade curable ; un dépistage approximatif multiplie les contrôles inutiles, l'inquiétude des patients et les gestes invasifs pour des lésions bénignes. » Le décor est planté.

→ Le test avant le grand saut

De son côté, la France veut expérimenter avant de généraliser. Elle préfère construire un modèle exigeant en matière de qualité et d'évaluation. C'est tout l'objet d'IMPULSION. Lancé en mai dernier et financé à hauteur de six millions d'euros par l'Institut national du cancer, le programme pilote est coordonné par le Pr Marie-Pierre Revel (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) et le Pr Sébastien Couraud (Hospices civils de Lyon). L'objectif ? Inclure 20 000 volontaires de 50 à 74 ans, fumeurs ou anciens fumeurs, dans cinq régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La méthode ? Chacun passera deux scanners faible dose à un an d'intervalle, puis un examen tous les deux ans. Du repérage des personnes à risque à l'aide au sevrage tabagique, en passant par la lecture et le suivi des nodules, IMPULSION ne teste pas seulement un examen, mais tout un parcours. Conçu par des radiologues, le dispositif vise une qualité homogène sur tout le territoire. Des protocoles de dose standardisés, des comptes rendus structurés et une plateforme nationale de centralisation des données doivent la garantir. Il évaluera également la robustesse de l'intelligence artificielle pour sécuriser l'interprétation des images.
Les premiers mois rappellent pourtant qu'un dépistage organisé ne s'improvise pas. Fin août, 1 484 participants avaient été inclus, soit environ 7 % de la cible. Surtout, 97 % des inclusions étaient adressées par l'hôpital ou des spécialistes. La médecine de ville reste quasi absente du circuit. Le recrutement apparaît comme le principal défi. La montée en charge se poursuit, mais les écarts entre régions sont nets, faute de registre des personnes éligibles. Pour la FNMR, ce défi dépasse largement les seuls cabinets participants. Son président, le Dr Éric Chavigny, résume la situation en une phrase : « IMPULSION a besoin des radiologues libéraux. »

→ La radiologie libérale en première ligne

L'expérimentation ne prépare pas seulement les centres pilotes : elle dessine l'avenir. Un programme

« **Première cause de mortalité** par cancer en France, le cancer du poumon progresse le plus souvent sans symptôme »

national ne pourra reposer ni sur les seuls CHU, ni sur les seuls pneumologues.
Forte du maillage territorial le plus dense et d'équipements déjà installés au plus près de la population, la radiologie libérale concentre l'essentiel de la capacité opérationnelle du pays. Difficile, sans elle, d'imaginer un déploiement généralisé. Cette place se mérite et se prépare. Elle suppose un vocabulaire partagé, une classification commune des nodules, la mesure volumique et une surveillance guidée par l'agressivité des lésions. La formation conçue par Forcomed et la Société française de radiologie, déjà requise dans IMPULSION, doit harmoniser ces pratiques. Un réflexe y revient : rechercher les examens antérieurs, dont la comparaison suffit souvent à trancher. Reste l'intelligence artificielle, objet de recherche sur la seconde lecture, qui appelle une vigilance particulière. Le principe est clair : elle assiste le radiologue, qui demeure maître de sa décision. Une question déterminera toutefois l'engagement des cabinets : celle du financement. Comment sera coté l'acte de dépistage ? La double lecture sera-t-elle valorisée ? Qui prendra en charge les logiciels d'intelligence artificielle et le temps consacré à l'annonce et au suivi ? Sans modèle économique soutenable, pas de montée en charge possible, alors que les volumes attendus exigeront des équipements, du temps médical et des manipulateurs supplémentaires. L'articulation avec les généralistes, les hôpitaux et les structures régionales de coordination devra également être clarifiée.
Dernier défi et non des moindres : la réussite du programme IMPULSION se jouera dans la confiance établie avec les patients. Annoncer un nodule, expliquer un contrôle rapproché, rassurer sans banaliser : le radiologue sera un acteur de l'adhésion. « Il faudra un discours qui donne envie de se faire dépister plutôt que peur de l'être », insiste Laure Guéroult-Accolas, fondatrice de Patients en Réseau. Pour la profession, l'enjeu n'est plus d'obtenir une place dans le futur dépistage organisé, mais de choisir celle qu'elle veut y occuper. ●

Jonathan Icart

IMPULSION : HUIT CHIFFRES POUR MESURER L'ENJEU

52 777
C'est le nombre de nouveaux cancers du poumon diagnostiqués en France en 2023*, soit près de 145 par jour. Il demeure l'un des cancers les plus fréquents et les plus meurtriers. Longtemps silencieuse, la maladie fait du diagnostic précoce un enjeu majeur.

31 167
C'est le nombre de décès liés au cancer du poumon en 2023*, soit environ 85 par jour. Il reste la première cause de mortalité par cancer. Le dépistage doit permettre de réduire cette mortalité en détectant la maladie avant l'apparition des symptômes.

73 %
C'est la proportion de cancers du poumon diagnostiqués à un stade avancé*. À ce stade, les possibilités de traitement curatif se réduisent nettement. C'est l'un des principaux arguments en faveur du scanner faible dose, qui vise à détecter la maladie quand elle reste opérable.

20 à 25 %
C'est la réduction de la mortalité spécifique observée dans les grands essais internationaux. NLST et NELSON ont montré qu'un dépistage ciblé par scanner thoracique faible dose diminue significativement les décès par cancer du poumon. IMPULSION doit désormais transposer ce bénéfice dans la pratique.

20 %
C'est le taux de survie nette à cinq ans, tous stades confondus**. Ce chiffre illustre le poids du stade au diagnostic sur le pronostic, et le potentiel du dépistage pour améliorer les chances de survie.

1 484
C'est le nombre de participants inclus fin août, soit environ 7 % des 20 000 volontaires attendus. Ouvertes en mai, les inclusions doivent se poursuivre dix-huit à vingt-quatre mois dans cinq régions. Et 97 % d'entre elles proviennent des soins secondaires : mobiliser la médecine de ville sera décisif.

2 500 SCANNERS
C'est le volume d'examens sur lequel IMPULSION évaluera l'intelligence artificielle. Objectif : vérifier qu'une lecture assistée par l'IA offre une sécurité comparable à la double lecture humaine, qui demeure la référence. L'algorithme aide au repérage et à la mesure des nodules ; l'interprétation et la décision restent celles du radiologue.

40 000 EXAMENS
C'est le volume minimal du programme, soit deux scanners pour chacun des 20 000 participants attendus, avant même le suivi biennal. Sans préjuger des besoins d'un futur programme national, ce chiffre donne une idée concrète des défis qui attendent les cabinets, en équipements, en ressources humaines comme en financement.

*Institut national du cancer – **Santé publique France et Institut national du cancer

« Les radiologues libéraux seront au cœur du dispositif »

Le temps de la preuve scientifique est passé. Celui de l'organisation commence. Intelligence artificielle, assurance qualité, équité d'accès, mobilisation de la radiologie libérale : le Pr Marie-Pierre Revel dessine les contours du futur programme de dépistage organisé du cancer du poumon.

Pr MARIE-PIERRE REVEL,
cheffe du service de radiologie de l'hôpital Cochin et co-coordinatrice du programme national IMPULSION


DR

→ Le débat sur l'intérêt du dépistage du cancer du poumon est-il désormais tranché ?

Le bénéfice médical du dépistage ne peut plus être sérieusement contesté. Les deux études de référence sont l'essai américain NLST, publié en 2011, et l'étude européenne NELSON, parue en 2020, qui a confirmé la réduction de la mortalité avec une forte diminution du nombre de faux positifs. La revue Cochrane de 2022, fondée sur huit essais randomisés regroupant plus de 91 000 participants, montre une baisse moyenne de 21 % de la mortalité par cancer du poumon. La question n'est donc plus de savoir si le dépistage fonctionne, mais comment le déployer à grande échelle. Les expériences internationales apportent plusieurs enseignements. Aux États-Unis, moins de 20 % des personnes éligibles participent au programme, faute de coordination nationale et en raison de la stigmatisation des fumeurs. À l'inverse, le Royaume-Uni a développé des stratégies « aller-vers » particulièrement efficaces auprès des populations les plus éloignées du système de santé. Avec IMPULSION, l'enjeu n'est plus de démontrer l'intérêt du dépistage, mais de confirmer son efficacité, sa sécurité et son équité dans les conditions réelles de la pratique. Deux sujets de recherche devront également être approfondis : la place de l'intelligence artificielle et la faisabilité du scanner ultra-basse dose.

→ Quels sont les principaux points de vigilance radiologiques d'IMPULSION ?

L'un des grands atouts d'IMPULSION est d'avoir été conçu par des radiologues. Notre priorité est de garantir des résultats homogènes sur l'ensemble du territoire. Les protocoles d'acquisition ont été standardisés dès la conception du programme. Chaque centre expérimentateur applique des paramètres prédéfinis selon le poids du participant, avec plusieurs niveaux de dose permettant de maîtriser l'irradiation, tout en conservant une qualité d'image adaptée au dépistage. L'interprétation repose également sur un compte rendu structuré. Le but est de limiter les variations entre lecteurs, de réduire les faux positifs et de conserver le même niveau d'exigence dans tous les centres. Précision notable : la plateforme nationale est un pilier structurant du dispositif. Toutes les données y sont centralisées, afin de contrôler les doses délivrées, de surveiller les taux de positivité et de détecter rapidement les éventuelles pratiques atypiques. Nous sommes aussi attentifs à la gestion des découvertes fortuites. Certaines, comme l'emphysème ou les calcifications coronaires, doivent être signalées. En revanche, il ne faut pas transformer le dépistage du cancer du poumon en exploration systématique de tout l'organisme. Le rôle du radiologue est de distinguer ce qui justifie une prise en charge de ce qui pourrait entraîner des examens inutiles.

→ L'intelligence artificielle peut-elle devenir un véritable second lecteur ?

C'est l'une des grandes ambitions scientifiques d'IMPULSION. Nous voulons vérifier que la lecture assistée par intelligence artificielle offre un niveau de sécurité comparable à celui de la double lecture humaine, qui demeure la référence. Cette évaluation portera sur 2 500 scanners. Nous étudions également les performances de l'IA sur des examens réalisés en ultra-

basse dose. Réduire encore l'irradiation est un objectif important, à condition de préserver les performances du radiologue comme celles des algorithmes. Il faut cependant être très clair : l'IA ne décidera pas seule ; elle doit aider au repérage des nodules pouvant échapper au lecteur. L'interprétation finale, la caractérisation des lésions et la décision clinique relèvent intégralement du radiologue. À terme, l'intelligence artificielle pourrait devenir un levier majeur pour absorber les volumes du futur programme national, sans imposer une double lecture humaine systématique, difficilement soutenable au niveau national.

→ Comment atteindre les populations éligibles, souvent les plus éloignées du système de santé ?
C'est probablement le principal défi du futur dépistage organisé. Les personnes les plus exposées au risque sont souvent celles qui participent le moins aux actions de prévention. Les expériences britanniques illustrent la pertinence des stratégies « aller-vers », qui rapprochent le dépistage des lieux de vie des populations concernées. Le médecin traitant jouera un rôle déterminant. Contrairement aux autres dépistages organisés, il n'existe pas encore de registre permettant d'identifier automatiquement les personnes éligibles.

Un combat personnel, une cause universelle



Dans *En finir avec le cancer du poumon, c'est possible !* Mon combat pour le dépistage précoce*, le Pr Marie-Pierre Revel mêle histoire personnelle, expérience médicale et engagement scientifique. À l'origine de ce combat : le diagnostic d'un cancer du poumon chez sa cousine, à 48 ans. Un électrochoc qui la conduit à se faire elle-même dépister, puis à concevoir l'étude CASCADE. L'ouvrage retrace l'arrivée du tabac en Europe, la démonstration progressive du lien entre tabagisme et cancer du poumon, les stratégies de désinformation de l'industrie du tabac et les étapes ayant conduit à l'utilisation du scanner dans le dépistage. Il revient également sur les premiers essais infructueux, les controverses scientifiques, l'étude américaine NLST et le rôle déterminant de l'essai NELSON. Deux chapitres ont été coécrits avec des spécialistes : l'un consacré à l'addiction, avec le Dr Sarah Coscas, l'autre aux progrès thérapeutiques dans les formes avancées, avec le Pr Benjamin Besse. Des participantes à l'étude CASCADE apportent aussi leur témoignage. Destiné au grand public, ce livre rappelle que le cancer du poumon n'est ni une abstraction ni une fatalité : détecté à un stade précoce, il peut être guéri. Il démontre également que les radiologues ne sont pas de simples "imageurs", mais des médecins pleinement engagés dans la prévention, le dépistage et le parcours de soins.

NB : les droits d'auteur sont intégralement versés à la Ligue nationale contre le cancer.

* Éditions Leduc, octobre 2025, 224 pages, 18,90 €.

Les généralistes seront donc essentiels pour repérer les fumeurs, les orienter vers le programme et les accompagner dans la durée. Le dépistage devra également être couplé avec une offre de sevrage tabagique plus visible et mieux structurée. La démarche poursuit une double ambition : détecter les cancers plus tôt et agir sur leur principal facteur de risque.

→ Quelle place les radiologues libéraux devront-ils occuper dans un futur dépistage organisé ?
Ils devront être au cœur du dispositif. Sans eux, aucun déploiement national ne sera possible. Les radiologues libéraux disposent du maillage territorial le plus dense, assurent une proximité unique avec la population et représentent la principale capacité opérationnelle du pays. Un programme national ne pourra pas reposer uniquement sur les centres hospitaliers universitaires ou sur les pneumologues. Les équipements nécessaires sont déjà largement disponibles. La participation des professionnels réclame toutefois une formation spécifique. La lecture d'un scanner de dépistage obéit à des critères stricts et requiert une expertise dédiée. La formation de la Société française de radiologie, en partenariat avec Forcomed, constitue déjà un prérequis dans IMPULSION. La réussite du dispositif passera également par une articulation efficace entre radiologues libéraux, hôpitaux, médecins généralistes et structures régionales de coordination. La plateforme nationale pourrait être le socle de cette organisation commune. Enfin, la question financière ne pourra pas être éludée. Si l'intelligence artificielle devient une composante centrale du dépistage, son financement devra être intégré au modèle économique. Le succès de ce projet reposera autant sur sa pertinence médicale que sur son organisation pratique et son financement.

→ Que doit encore démontrer IMPULSION avant une généralisation nationale ?
IMPULSION devra prouver que le dépistage organisé du cancer du poumon peut être efficace, sûr et équitable. La capacité de recruter les personnes concernées, puis de maintenir leur participation dans le temps, sera un paramètre déterminant. La maîtrise des complications liées aux explorations complémentaires et le fait de toucher effectivement les populations les plus exposées au risque le seront tout autant. Le nombre de cancers détectés ne sera pas le seul critère de réussite. La participation, la fidélisation, la maîtrise des faux positifs, la qualité des examens et la robustesse organisationnelle seront également des indicateurs clés. Les annonces du ministère de la Santé dessinent une trajectoire crédible vers une généralisation du dépistage autour de 2030. Les progrès réalisés et les recherches en cours créent les conditions d'un programme national de très haut niveau. La France n'a pas pris de retard. Elle a choisi de construire un modèle particulièrement exigeant sur le plan de la qualité et de l'évaluation. IMPULSION doit maintenant démontrer qu'un dépistage accessible, fiable, équitable et durable peut être une réalité partout sur le territoire.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

Dépistage du cancer du poumon

Ce que j'ai appris en formant mes confrères


DR

Dr Laurent DESLOQUES,
radiologue spécialisé en imagerie thoracique, formateur Forcomed au dépistage par scanner faible dose

En animant des formations dédiées au dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose, le Dr Laurent Desloques observe au plus près les interrogations et les pratiques des radiologues. Lecture des nodules, choix des recommandations, place de l'intelligence artificielle, rédaction des comptes rendus… Retour sur une expérience de terrain qui met en lumière les défis concrets du futur programme national de dépistage.

Chaque session de formation au dépistage du cancer du poumon me le confirme : réunir des radiologues autour des mêmes images apporte ce qu'aucun support ne peut entièrement restituer. On y parle de nos doutes, de nos habitudes de lecture et de la manière dont nous rédigeons nos comptes rendus.

→ Pourquoi dépister

Je commence toujours par rappeler l'enjeu. Les essais NLST et NELSON ont démontré une réduction de la mortalité par cancer du poumon chez les fumeurs et anciens fumeurs dépistés par scanner faible dose. Ce bénéfice dépend directement de la qualité de la lecture : un dépistage rigoureux identifie les cancers à un stade curable ; un dépistage approximatif multiplie les contrôles inutiles, l'inquiétude des patients et les gestes invasifs pour des lésions bénignes.

→ Repartir des fondamentaux

Pour certains confrères, le module en ligne est déjà loin. J'ai donc pris l'habitude de revenir sur quelques repères, qui jalonnent ensuite chaque cas discuté : les mots que nous employons, chacun engageant une conduite à tenir ; la classification des nodules en bénins, indéterminés et suspects ; l'identification des nodules bénins ne nécessitant plus de surveillance ; la cinétique, si différente entre nodules solides et subsolides, y compris pour les lésions qui finiront opérées. Un nodule subsolide peut rester stable pendant des années ; c'est l'apparition ou la croissance de sa composante solide qui doit alerter. Ces rappels suscitent presque toujours des échanges, chacun y retrouvant un dossier sur lequel il a hésité.

→ Des recommandations qui déroutent

La question la plus fréquente est simple : quelle recommandation suivre ? Entre Fleischner, la SIT et l'ESTI, beaucoup de radiologues se disent perdus, et on les comprend. Première clarification : les recommandations de Fleischner portent sur les nodules de découverte fortuite et ne s'appliquent pas au dépistage. Pour le dépistage, mon message est clair : c'est désormais l'agressivité des nodules qui doit guider notre surveillance. Le nodule est d'abord classé selon sa taille, mesurée de préférence en volume, et sa morphologie ; lors des contrôles, sa vitesse de croissance détermine la suite. L'article de l'ESTI consacré à cette prise en charge fondée sur l'agressivité (Prokop et al., European Radiology, 2026), dont découlent les dernières recommandations, doit servir de référence. Sa logique parle aux radiologues : ne pas laisser un cancer progresser de stade ; ne pas multiplier les examens pour des lésions bénignes ou d'évolution très lente.

→ L'intelligence artificielle, sans naïveté

Beaucoup de participants travaillent déjà avec un outil de détection. Le risque que j'observe n'est donc pas la méfiance, mais plutôt l'excès de confiance. L'IA a ses faux positifs et ses faux négatifs ; c'est au radiologue de trier, de classer et de vérifier les mesures proposées. Le couple idéal, à mes yeux, associe un radiologue qui lit l'examen comme s'il n'y avait pas d'IA, puis un algorithme utilisé comme second lecteur, pour conforter son analyse ou la remettre en question.

→ Vingt-cinq cas de la vraie vie

Le cœur de la journée, ce sont les vingt-cinq cas cliniques. Ils reflètent la pratique réelle : des cas très didactiques, mais aussi les pièges que nous avons tous rencontrés. Un message revient à chaque session : ne pas hésiter à mener l'enquête auprès du patient pour retrouver des examens antérieurs. La comparaison suffit souvent à établir la stabilité d'une lésion ou, au contraire, son évolutivité. Les évaluations réalisées avant et après la formation confirment ce que nous observons pendant la journée : les résultats progressent entre le pré-test et le post-test, et les radiologues repartent avec des réflexes de lecture plus sûrs.

→ Un examen qui ne se résume pas aux nodules

Nous refaisons aussi le point sur deux éléments du compte rendu particulièrement utiles au prescripteur : la quantification de l'emphysème, qui oriente la prise en charge respiratoire et renforce le message d'arrêt du tabac ; les calcifications coronaires, qui devraient être mentionnées systématiquement dans le compte rendu de tout scanner thoracique, et a fortiori de dépistage, dans une population où les maladies cardiovasculaires sont une cause majeure de décès.

→ Les mots pour le dire

Un patient à qui l'on annonce un nodule entend souvent « cancer ». Il faut lui expliquer que les nodules sont fréquents et le plus souvent bénins, mais aussi qu'un contrôle rapproché est une précaution, pas une mauvaise nouvelle. Rassurer sans banaliser, rédiger un compte rendu lisible : c'est ce qui préserve l'adhésion au dépistage. Ces questions suscitent souvent les échanges les plus vivants de la journée.

> « Un dépistage performant ne repose pas seulement sur le scanner ou l'intelligence artificielle, mais sur des radiologues qui parlent le même langage face aux mêmes images »

→ Préparer le dépistage de demain

Tous les radiologues formés ne participeront pas au programme IMPULSION. Je reste pourtant convaincu que cette formation est utile à tous, car elle pose les fondations du dépistage à venir. Beaucoup réalisent d'ailleurs déjà des scanners de dépistage individuel, prescrits par des pneumologues et des médecins généralistes sensibilisés à l'enjeu. Autant les lire selon des règles partagées. La réussite du futur programme national de dépistage passera aussi par des pratiques de lecture plus homogènes au sein de la profession. ●

IMPULSION

Ce que le dépistage va changer pour les cabinets

TOUS LES FUMEURS SONT CONCERNÉS PAR LE DÉPISTAGE Le programme ne s'adresse pas à l'ensemble des fumeurs. IMPULSION cible les personnes âgées de 50 à 74 ans, fumeuses ou ex-fumeuses ayant arrêté depuis moins de quinze ans et présentant une exposition tabagique significative, fixée à au moins 20 paquets-années.	FAUX
IL SUFFIT D'ÊTRE FUMEUR POUR PARTICIPER À IMPULSION Trois conditions principales doivent être réunies : avoir entre 50 et 74 ans ; présenter une exposition tabagique d'au moins 20 paquets-années ; résider dans l'une des cinq régions pilotes* ou à proximité. L'inclusion reste ensuite validée par un médecin investigateur, chargé de vérifier les critères d'éligibilité.	FAUX
L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE POURRAIT REMPLACER LE RADIOLOGUE Le protocole IMPULSION repose sur le principe inverse : deux radiologues réalisent des lectures indépendantes, chacun aidé par une IA. L'algorithme assiste la détection et la caractérisation des anomalies, mais l'interprétation finale et la responsabilité médicale demeurent humaines. L'étude doit également préciser la valeur ajoutée réelle de l'IA en pratique quotidienne.	FAUX
UN NODULE DÉTECTÉ AU SCANNER EST PROBABLEMENT UN CANCER La majorité des nodules pulmonaires découverts lors d'un dépistage ne sont pas des cancers. Toute la valeur du programme repose donc sur la qualité de l'interprétation radiologique, la pertinence des protocoles de suivi et la limitation des faux positifs.	FAUX
LE DÉPISTAGE AUGMENTERA FORCÉMENT LA CHARGE DE TRAVAIL DES CABINETS La question n'est pas de savoir si le volume d'activité augmentera, mais dans quelles conditions il pourra être absorbé. Disponibilité des scanners, recrutement et organisation des manipulateurs, temps médical consacré à la double lecture et suivi des nodules sont autant de paramètres qui conditionneront la réussite du dispositif. Parmi ses nombreux objectifs, IMPULSION doit démontrer que cette nouvelle activité peut être intégrée sans compromettre la qualité du suivi des patients.	VRAI MAIS…
LA FRANCE EST DÉJÀ PRÊTE POUR UNE GÉNÉRALISATION DU DÉPISTAGE La réussite d'un programme national ne dépend pas uniquement du nombre de scanners. Elle suppose également des ressources humaines suffisantes, des protocoles homogènes, une organisation du suivi, des outils de coordination et une articulation efficace avec les filières diagnostiques et thérapeutiques. Le véritable défi est autant organisationnel que technologique. IMPULSION doit permettre de mesurer si ce modèle est réellement viable à grande échelle.	FAUX

* Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cancer du poumon

Le dépistage sort de l'ombre

Première cause de mortalité par cancer en France, le cancer du poumon est encore trop souvent diagnostiqué à un stade avancé. Avec IMPULSION, le déploiement du dépistage organisé se prépare. Les radiologues seront des acteurs clés de cette nouvelle étape.



Les personnes touchées par un cancer du poumon trouvent, sur Mon Réseau Cancer du Poumon[1], un espace d'échange, de soutien et d'information quels que soient leur lieu de vie, de soins, leur âge ou leur histoire avec le tabac. À travers leurs mots et leurs parcours, une réalité revient sans cesse : le diagnostic survient encore trop tardivement. Les poumons ne se voient pas, ne se palpent pas et sont insensibles à la douleur. La maladie peut évoluer longtemps sans bruit, si bien que plus de deux tiers des cancers du poumon sont découverts à un stade avancé ou métastatique. Avec près de 53 000 nouveaux cas et plus de 31 000 décès chaque année, il reste la première cause de mortalité par cancer en France[2].

→ Un tournant attendu

C'est pour cela que 2026 est une année charnière. Lancé en mai, le programme pilote IMPULSION préfigure un futur programme national de dépistage organisé. Il vise 20 000 volontaires de 50 à 74 ans, fumeurs ou anciens fumeurs, d'abord dans cinq régions pilotes (Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur), avant de s'étendre à d'autres territoires. Le principe, vous le connaissez mieux que personne : un scanner thoracique faible dose, renouvelé un an plus tard puis tous les deux ans, avec un suivi adapté aux résultats. Les études internationales montrent qu'il peut réduire de 20 à 25 % la mortalité par cancer du poumon chez les personnes concernées. Les radiologues seront au cœur de cette dynamique, de la lecture des images à la manière dont un nodule « à surveiller » sera annoncé, compris et vécu par le patient. Mais un scanner ne sert qu'à celles et ceux qui osent le passer. Encore faut-il que les personnes concernées soient informées et franchissent le pas sans craindre d'être jugées. En ce mois de novembre, qui réunit Novembre Perle et le Mois sans tabac, je plaide pour une prévention exigeante, mais jamais culpabilisante. Le tabac reste le principal facteur de risque, mais 20 % des patients atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules, la forme la plus fréquente, n'ont jamais fumé[3]. Pour changer la donne face à ce fléau, chaque lieu de soin peut devenir un relais du dépistage en relayant le site officiel www.depistage-cancer-poumon.fr et son questionnaire d'éligibilité, en faisant connaître la ligne d'appel dédiée au 34 33.

→ La preuve par Mika

Derrière les chiffres, Mika raconte ce que le dépistage peut permettre. Diagnostiqué d'un cancer du poumon métastatique en 2019, il bénéficie d'une immunothérapie à laquelle il répond favorablement. Après quatre années, le traitement est arrêté en 2023. Depuis, sa maladie reste stable, sans traitement, avec un suivi régulier fait d'examens comme ceux que vous lisez chaque jour. « Quand le mot "cancer" a été prononcé, j'ai pensé à ma fille et au fait que j'allais peut-être l'abandonner très vite. J'étais absolument terrifié. Aujourd'hui, elle a 16 ans. J'ai vécu son entrée au collège, son entrée au lycée, son premier petit copain… » Désormais engagé au sein de Mon Réseau Cancer du Poumon, Mika partage à son tour son expérience pour soutenir d'autres patients et rappeler l'importance d'une information fiable. C'est exactement ce que la plateforme permet : échanger avec d'autres personnes qui vivent la même chose, trouver des ressources vérifiées, suivre des webconférences animées par des professionnels de santé. Son témoignage, « Porteurs d'espoir », est à découvrir sur notre chaîne YouTube. IMPULSION est une chance réelle de détecter plus tôt, de soigner moins lourdement et de guérir plus souvent. Pour qu'elle profite à toutes les personnes concernées, elle aura besoin de vous, de nous, et d'un discours qui donne envie de se faire dépister plutôt que peur de l'être. Et lorsqu'un diagnostic tombe, vous pouvez orienter vos patients et leurs proches vers Mon Réseau Cancer du Poumon : personne ne devrait traverser cette période seul, sans repères. ●

Laure Guéroult-Accolas,
fondatrice de Patients en Réseau

[1] Un réseau social privé, anonymisé et gratuit de l'association Patients en Réseau – monreseaucancer.org
[2] Institut national du cancer, juillet 2026.
[3] Institut national du cancer, mars 2026.

Cédric BROCHART

La liberté comme méthode

Radiologue, entrepreneur et responsable syndical, Cédric Brochart n'a jamais dissocié développement et indépendance. De ses premiers remplacements à la construction du groupe IMAO, son parcours suit un même fil : la liberté dans les choix, le collectif dans l'action.


© Éric Durand

La raison précède parfois la passion. Cédric Brochart grandit en terre amiénoise, dans les Hauts-de-France. Son père travaille chez Airbus, sa mère est douanière. « À la maison, on parle industrie et administration, pas de soin ni de santé… » Rationnel de nature, il est attiré par les sciences. Le pragmatisme fait le reste. « Je ne suis pas devenu médecin par vocation, mais après avoir effectué une solide étude de marché », dit-il, entre franchise et autodérision. Au lycée, quand beaucoup de camarades visent les écoles d'ingénieurs, il recherche un métier solide. La médecine coche toutes les cases : intérêt intellectuel, stabilité, perspectives. « Je voulais surtout être mon propre patron et pouvoir choisir mes orientations professionnelles. » Ce sera donc l'Université catholique de Lille, puis l'internat au CHU d'Amiens. Cardiologie, néphrologie, radiologie : il opte pour une discipline qui lui permet de conjuguer diversité clinique et exploration technique. « Je craignais de m'ennuyer dans les spécialités mono-organes. » Malgré un clinicat en neuroradiologie-ORL et un master 2, il renonce à la voie de l'hyperspécialisation. Cédric Brochart privilégie une pratique transversale, qu'il cultive encore aujourd'hui, entre sénologie, imagerie ostéo-articulaire et ORL.

→ Grandir sans se renier

À la sortie du clinicat, une carrière hospitalo-universitaire lui tend les bras. L'appel du libéral se révèle toutefois plus fort. « J'ai toujours eu besoin de rester libre et de construire mes projets. » Mais il ne saute pas dans le vide pour autant. Pendant quatre ans, il remplace, de petites structures rurales aux grands groupes, pour comprendre ce qui fonctionne ou non. Cette immersion lui permet de comparer les organisations, leurs contraintes et leurs pratiques. En 2011, avec un confrère de sa promotion, il reprend un petit cabinet dans la Somme. « Je voulais partir d'une page blanche et écrire mon histoire. » Quinze ans plus tard, le projet a changé d'échelle. Le groupe IMAO regroupe 23 cabinets, 32 associés, 250 collaborateurs et réalise 500 000 actes par an. Cette croissance n'a jamais été une fin en soi, assure-t-il. Son développement s'est construit au fil des départs anticipés, des opportunités saisies et d'un maillage progressif du territoire. Le modèle repose sur une complémentarité entre proximité et expertise. Les centres locaux assurent le dépistage du cancer du sein ; les sites de référence concentrent l'IRM, les scanners et la radiologie interventionnelle. Deux PIMAP[1] fonctionnent déjà, un troisième est en construction. « L'enjeu est de répartir les ressources et les compétences au plus près des besoins, sans disperser les équipements les plus spécialisés. » Derrière les chiffres, il parle d'équipes, de territoires et de patients. Une manière de faire grandir un groupe sans perdre de vue la réalité du terrain.

→ Agir plutôt que subir

Le syndicalisme n'était pas au programme. La FNMR non plus. « J'ai presque envie de dire que je n'aime pas le terme syndicalisme », sourit-il. Tout commence dans la Somme, où il accepte de relancer une structure départementale peu active. Sa conviction ? Dans un environnement de plus en plus complexe, les radiologues doivent parler d'une seule voix. Suivent la vice-présidence régionale des Hauts-de-France, le conseil d'administration, puis le bureau national. Il y cherche moins une tribune qu'un poste d'observation pour « anticiper les évolutions du secteur, comprendre les réformes et confronter les expériences ». Au fond, toute sa réflexion s'articule autour d'un mot : indépendance. « L'indépendance médicale, ce n'est pas rendre des comptes, à qui que ce soit. » La formule est forte, presque provocatrice. Cette liberté suppose néanmoins de composer avec les réalités économiques, les contraintes réglementaires et les responsabilités collectives. « L'indépendance, dans sa conception, ne signifie donc pas l'isolement. » Cédric Brochart plaide notamment pour une coopération renforcée avec l'hôpital public : équipes mixtes, équipements partagés, projets communs. « On ne peut pas avoir une médecine de ville forte avec un hôpital faible. Les deux avancent ensemble, ou reculent ensemble. » Son engagement syndical prolonge finalement une préoccupation déjà présente dans son parcours entrepreneurial : conserver la liberté de construire, sans perdre de vue le bien commun. ●

Jonathan ICART

[1] Plateau d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité

Forcomed Académie

La formation radiologique en mode pratique


© Eric Durand

Dr Jean-Charles LECLERC,
président de Forcomed


DR

Réunissant 104 participants et formateurs autour de 42 ateliers, la deuxième édition de Forcomed Académie a confirmé l'intérêt d'un format fondé sur les petits groupes et les échanges de terrain. Sénologie, imagerie spécialisée et dépistage du cancer du poumon ont rythmé cette journée de formation à la carte, conçue pour répondre aux enjeux actuels de la pratique radiologique.

→ Un parcours à composer selon sa pratique

Le radiologue s'inscrit à la journée ou à la demi-journée, puis choisit parmi les ateliers proposés. Son programme peut être ajusté jusqu'au jour de l'événement, en fonction de ses besoins et des places disponibles. Cette organisation facilite l'accès à plusieurs enseignements sur un même lieu, tout en limitant les démarches administratives propres à chaque atelier. Dans son entretien réalisé pendant la journée, le Dr Jean-Charles Leclerc souligne cette possibilité de composer sa formation à la carte. Il rappelle la place centrale de la sénologie dans l'activité de Forcomed et présente les autres domaines comme des compléments au parcours personnalisé de chacun. Les petits groupes favorisent les questions et les échanges sur les habitudes de lecture. Le parcours SFR–Forcomed au dépistage du cancer du poumon conserve une inscription dédiée et un enseignement théorique préalable.

→ La sénologie et les besoins de la pratique quotidienne

Organisme de formation de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), Forcomed accompagne de longue date le dépistage organisé du cancer du sein. Cette activité concerne la formation des radiologues et celle des manipulateurs. L'Académie, destinée aux radiologues, prolonge ce travail par des enseignements de perfectionnement et des échanges sur des situations concrètes. En 2026, le programme sénologique abordait notamment le sein traité, les prothèses mammaires et les situations de risque très élevé. Les ateliers de lecture sur console complétaient ces enseignements. D'autres sessions portaient sur l'IRM pelvienne, l'endométriose, les classifications PI-RADS et TI-RADS, ainsi que la neuroradiologie et l'imagerie ORL. L'imagerie abdominale était également représentée, avec les enseignements du Pr Maxime Ronot sur la stéatose et les lésions focales hépatiques, présentés par le

Forcomed Académie 2026 en bref

- **104 participants** et formateurs réunis, dont 84 radiologues en formation et 20 intervenants.
- **42 ateliers proposés** au cours de la journée.
- **La deuxième édition de Forcomed Académie** a été organisée le vendredi 11 septembre 2026 au Novotel Paris Centre Tour Eiffel. Accès aux workshops à la journée ou à la demi-journée, avec la possibilité d'associer le parcours SFR-Forcomed au dépistage du cancer du poumon.

Paroles de formateurs



Dr Christian FORTEL
Il souligne l'intérêt de réunir plusieurs enseignants expérimentés pour des exposés synthétiques en petits groupes, propices aux échanges pratiques et à la mise à jour des connaissances. Pour élargir le public, il suggère d'examiner d'autres périodes de l'année ou une organisation en région.



Dr Cédric BROCHART
Son objectif était de rendre l'IRM des vertiges périphériques, notamment des hydrops endolymphatiques, accessible à davantage de radiologues. Il rapporte que plusieurs participants ont décidé de s'engager dans cette pratique. Il souligne aussi le rôle des petits effectifs et des échanges pendant les pauses.



Dr Katia GIOBBINI
Dans son retour sur la formation au dépistage du cancer du poumon, elle estime l'objectif pédagogique atteint. Elle retient particulièrement le format : « Ce format est intéressant, avec de petits groupes permettant un échange. » Elle propose d'élargir les sujets, notamment à l'imagerie ostéoarticulaire.

Crédits photos : Éric Durand

Dr Jean-Charles Leclerc parmi les nouveautés de cette édition. Ces thématiques illustrent la diversité croissante des compétences mobilisées dans la pratique radiologique.

→ Une formation commune au dépistage du cancer du poumon

Le partenariat avec la Société française de radiologie (SFR), formalisé en 2023 sous la dénomination SFR–Forcomed, repose sur la mutualisation des contenus et des formateurs. Il mobilise l'expertise de la Société d'imagerie thoracique (SIT), avec l'objectif d'harmoniser les connaissances et les pratiques des radiologues. Le Dr Jean-Charles Leclerc souligne que le dépistage du cancer du poumon demeure un enjeu majeur de formation pour les radiologues. Le parcours associe un enseignement théorique en ligne sur la plateforme de la SFR et une demi-journée d'ateliers pratiques en présentiel. Les cas étudiés portent


DR

notamment sur l'analyse des nodules et l'utilisation des logiciels de volumétrie. À l'Académie, les participants inscrits à ce parcours peuvent aussi suivre les autres workshops sur le temps disponible de leur journée. Le contexte a évolué depuis la première édition. Selon l'Institut national du cancer, les premières inclusions du programme IMPULSION, qui évalue les conditions d'un déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon en France, ont débuté en mai 2026. Cette étape renforce la nécessité de repères communs pour la réalisation et l'interprétation des scanners à faible dose.

→ Bilan et perspectives

Les réponses recueillies auprès des formateurs soulignent l'intérêt des petits groupes, des enseignements courts et de l'interactivité. Dans les commentaires des participants, plusieurs radiologues évoquent l'utilité des formations pour leur pratique, ainsi que la disponibilité des intervenants et la facilité des échanges. Dans son entretien, le Dr Jean-Charles Leclerc donne rendez-vous aux radiologues en 2027 et souhaite inscrire l'Académie dans le calendrier du printemps. Les propositions recueillies portent sur le choix des thématiques, la visibilité du programme et l'organisation de la journée. Elles ouvrent des pistes à examiner avec les formateurs. ●

« Les petits groupes permettent de privilégier les échanges, les questions et le partage d'expérience entre radiologues »

Dr Jean-Charles LECLERC, président de Forcomed



Radiologue, Manipulateur

E-learning et présentiel le 17 juin 2027 à Paris

1 heure par elearning suivi de 8 heures en présentiel

820 €
(adhérent fnmr : 720 €)

GESTES D'URGENCE EN CABINET D'IMAGERIE

LA FORMATION AUX **GESTES ET SOINS D'URGENCE** PERMET D'ACQUÉRIR LES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES POUR ANTICIPER ET RÉAGIR AUX URGENCES VITALES.

Réaction allergique aux produits de contraste, arrêt cardio-respiratoire : êtes-vous prêt à intervenir efficacement ?

Cette formation pratique de **9 heures**, associant présentiel et e-learning, vous permet de maîtriser les gestes essentiels, l'utilisation du défibrillateur, le chariot d'urgence et la coordination avec le SAMU.

Les formateurs sont professionnels de santé et urgentistes.

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

CA

FNMR – Conseil d'administration

Samedi 12 septembre 2026 – Novotel Paris Centre Tour Eiffel – Paris 15e

Défendre la radiologie, convaincre les décideurs

VISION POLITIQUE
Dr Éric CHAVIGNY


© Éric Durand

→ Nouveau positionnement de la FNMR

La FNMR veut repositionner la radiologie comme une spécialité pivot du système de santé, et non comme un simple poste de dépenses. L'imagerie doit être reconnue pour sa contribution au diagnostic précoce, au dépistage, à l'orientation thérapeutique et au suivi des maladies chroniques. La ligne défendue consiste à démontrer que l'investissement dans l'imagerie réduit des dépenses situées ailleurs dans le parcours : complications, hospitalisations, prises en charge tardives, traitements lourds et arrêts de travail prolongés. La radiologie de proximité est un axe majeur : une structure d'imagerie contribue à l'attractivité médicale d'un territoire, facilite l'implantation d'autres professionnels et participe à la lutte contre les déserts médicaux.

→ Chronologie des actions depuis mai 2026

- **Fin mai :** rencontre avec le président de l'Ordre des médecins sur les cotisations ordinales, les contrôles des structures et les enjeux de financiarisation.
- **29 mai :** rencontre avec Thomas Fatôme afin de présenter le nouveau bureau, les propositions de pertinence et le projet de filière rapide d'imagerie pour les patients en arrêt de travail.
- **Fin juillet :** nouvelle rencontre avec **Thomas Fatôme** et **Guillaume Couillard,** consacrée notamment au dépistage du cancer du sein, à la mammographie et aux mesures tarifaires.
- **Été 2026 :** rencontres avec **Stéphanie Rist** et son cabinet ; demande de propositions pour relancer le dépistage organisé du cancer du sein.
- **28 août :** réunion avec **Artus de Cormis** et **Stéphane Mulliez,** membres du cabinet, suivie de l'envoi de propositions chiffrées à **Mickael Benzaqui,** conseiller santé du Premier ministre, ainsi qu'à **Thibault Bazin,** rapporteur général du PLFSS 2027.
- **Septembre :** rencontre avec les représentants de l'hospitalisation privée sur les enjeux territoriaux, les forfaits techniques et la place de l'imagerie dans le système de santé.

La stratégie repose sur un travail à tous les niveaux : responsables politiques, conseillers, cabinets, Assurance Maladie, parlementaires, ARS et organisations syndicales. Les équipes opérationnelles des cabinets ministériels sont considérées comme des acteurs déterminants dans l'instruction des dossiers.

→ ONIM – Observatoire national de l'imagerie médicale

L'ONIM doit produire des données robustes, partagées et scientifiquement défendables sur l'imagerie publique et privée : activité, coûts, charges, parcours de soins, pertinence et données des organismes payeurs. Il répond à l'asymétrie d'information subie en négociation lorsque des données institutionnelles sont opposées tardivement et difficilement vérifiables. Il serait porté par la FNMR, avec un comité scientifique indépendant réunissant des personnalités extérieures à la fédération afin de garantir l'impartialité des résultats. Les étapes annoncées sont le recrutement d'un pilote, la constitution juridique, le financement initial par la FNMR avec possibilité de partenaires, et la mobilisation des groupes pour participer aux études. L'ambition est de publier régulièrement des analyses de parcours patients ou de pathologies ciblées afin de porter des propositions proactives à l'Assurance Maladie.

→ PIMAP – Plateau d'imagerie médicale ambulatoire de proximité

Le PIMAP doit assurer une présence médicale radiologique réelle dans les territoires sous-dotés. Il ne saurait devenir une simple « boîte à images » exploitée à distance par téléradiologie sans ancrage médical local. Le modèle doit rester médicalement et économiquement viable : disponibilité de radiologues et de manipulateurs, activité suffisante, investissements soutenables et intégration dans le parcours de soins territorial. La FNMR souhaite

définir un cadre national et créer un groupe de travail réunissant des radiologues porteurs de projets afin de proposer un cahier des charges, des critères territoriaux et des modalités de financement. La préférence va à un soutien tarifaire ou fiscal reconnaissant la prise de risque et l'effort d'aménagement du territoire, plutôt qu'à des subventions assorties de contraintes.

→ Financiarisation

La FNMR réaffirme que l'indépendance médicale des radiologues est un enjeu essentiel de qualité des soins. La financiarisation ajoute un acteur poursuivant des objectifs qui peuvent être principalement économiques ; la vigilance doit porter sur l'autonomie professionnelle et la liberté de décision médicale. La fédération ne souhaite pas opposer les radiologues selon leur mode d'exercice. Elle représente les praticiens indépendants comme ceux exerçant dans des groupes adossés à des investisseurs.

→ Délégation de tâches en arthrographie

Le conseil a exprimé une forte réserve envers les protocoles locaux ou régionaux de délégation de tâches lorsqu'ils ne reposent pas sur une validation scientifique structurée. Un exemple rapporté en Franche-Comté concerne des arthrographies réalisées par des manipulateurs. Même si l'initiative est présentée comme juridiquement encadrée, la FNMR souligne les enjeux de sécurité, de responsabilité et de validation par les sociétés savantes. Plusieurs actions ont été engagées : une alerte auprès de **Louis Boyer,** une réponse dans Docteur Imago, la sollicitation de la SFR et la sensibilisation du cabinet de Stéphanie Rist. La demande est que toute expérimentation soit au minimum validée par la société savante compétente.

→ Dépistage du cancer du sein

Bien que le taux de participation demeure proche de 60 %, le dépistage organisé est considéré comme en recul. La FNMR met en avant la spécificité du modèle français : présence du radiologue, évaluation du risque, examen clinique, mammographie, échographie immédiate si besoin et bilan diagnostique sans délai. La fédération considère donc que le dépistage ne se réduit pas à un acte technique et comporte une dimension de consultation. Les propositions portent sur la reconnaissance d'une consultation associée à la mammographie, la revalorisation à 100 % de l'échographie mammaire associée lorsqu'elle est justifiée, la préservation des cabinets de proximité, le développement des stages libéraux en sénologie et l'augmentation du nombre d'internes en radiologie. Le coût des revalorisations est chiffré à environ 89,3 millions d'euros. La FNMR soutient qu'une détection précoce est moins coûteuse : environ 10 000 euros pour un cancer détecté précocement contre environ 100 000 euros par an pour un cancer de stade IV, selon les estimations discutées. La création d'un fonds prévention-dépistage est proposée, avec une possible participation des complémentaires santé, afin de soutenir le cancer du sein, mais aussi d'autres cancers, l'hypertension et les pathologies cardiovasculaires.

FONCTIONNEMENT DE LA FNMR
Dr Éric CHAVIGNY

→ Cotisations et syndicalisation

La syndicalisation est considérée comme le levier de légitimité et de capacité d'action de la FNMR. Une attention particulière est demandée pour l'adhésion des groupes de radiologie de grande taille. Une solution de cotisation en ligne doit être finalisée à l'occasion des JFR 2026 afin de faciliter l'adhésion des radiologues isolés. Le modèle privilégié demeure néanmoins l'adhésion globale d'un groupe pour l'ensemble de ses associés. Le contact humain reste déterminant : les présidents et trésoriers départementaux sont encouragés à appeler les radiologues et à organiser des rencontres locales.

→ Organisation des services

Le départ à la retraite de **Wilfrid Vincent,** économiste de la santé de la FNMR, impose une réorganisation. Il apportait notamment un appui sur les données économiques, les contrôles et les problématiques de cotation. Le recrutement lié à l'ONIM doit permettre de renforcer les capacités d'analyse médico-économique de la fédération. Les adhérents confrontés à des contrôles peuvent solliciter la FNMR dans la limite des ressources disponibles. La FNMR souhaite également intégrer davantage d'outils d'intelligence artificielle dans ses processus de veille, d'analyse documentaire et de préparation des dossiers.

POINT POLITIQUE ET SYNDICAL
Dr Éric CHAVIGNY

→ État des négociations et expérimentation IJ

La FNMR souhaite être considérée comme partenaire de l'Assurance Maladie, à condition que les négociations reposent sur des données vérifiables et sur une vision globale des dépenses de santé. Une expérimentation doit être menée dans les Landes pour évaluer l'effet d'un accès à l'imagerie sous une semaine pour des salariés en arrêt de travail. Elle comparera une filière rapide avec le parcours habituel et évaluera les conséquences sur la durée des arrêts. La durée envisagée est d'au moins six mois, avec un démarrage espéré fin 2026 ou début 2027 après validation régionale. Le potentiel d'économies évoqué dépasse 110 millions d'euros sur la base d'hypothèses prudentes.

→ Rapport sur les forfaits techniques

Les travaux indépendants ont mis en évidence une sous-estimation de plusieurs coûts : un besoin réel

de 3,5 à 4,5 personnes par machine, contre deux dans certains modèles, une masse salariale sous-estimée d'environ 70 000 euros par machine et par an, ainsi que les loyers, les coûts techniques de l'IRM et le risque financier. Le groupe froid d'une IRM a été évalué à environ 300 000 euros, très au-delà du coût d'une climatisation simple. Le risque financier assumé par le radiologue investisseur est reconnu, avec une rémunération du capital estimée à environ 3,5 %. Le rapport recommande l'ouverture de discussions rapides entre l'Assurance Maladie, la FNMR et l'hospitalisation privée, afin de déterminer une valorisation réaliste des forfaits techniques, ainsi que la création d'un observatoire des charges. La FNMR reste vigilante sur les méthodes statistiques, notamment sur un modèle inspiré de l'ARCEP qui pourrait exclure artificiellement les petites structures ou celles supportant des charges élevées.

→ PLFSS 2027

Le contexte budgétaire demeure incertain. Aucun effort supplémentaire immédiat n'aurait été annoncé pour la radiologie au-delà des baisses prévues, mais le risque de nouvelles mesures en 2027 est jugé réel. Le dépistage du cancer du sein pourrait faire l'objet d'une mesure dans le PLFSS. La FNMR cherche à y inscrire ses propositions relatives à la consultation associée à la mammographie et à la revalorisation de l'échographie mammaire.

→ Syndicats représentatifs et URPS

La FNMR travaille avec Avenir Spé, la CSMF, le SML et d'autres organisations. L'objectif est de coordonner les positions, tout en bénéficiant de profils complémentaires entre communication médiatique et négociation technique. Les élections URPS de 2027 sont un enjeu majeur. Les URPS sont les interlocuteurs de la médecine libérale auprès des ARS, notamment pour les autorisations d'équipements lourds, la permanence des soins et l'organisation territoriale. Les radiologues sont invités à adhérer au syndicat polycatégoriel de leur choix afin de garantir une représentation suffisante dans les départements et les régions.

POINT SUR LE RECOURS
Dr Franck CLAROT

→ Procédures et état d'avancement

Trois procédures ont été engagées après les décisions de fin 2025 : un recours en annulation pour excès de pouvoir, un référé-suspension et une question prioritaire de constitutionnalité. Le référé-suspension a été rejeté, le Conseil d'État n'ayant pas retenu de péril imminent ni d'urgence suffisante. La QPC, fondée notamment sur la liberté contractuelle, la liberté d'entreprendre, la protection de la santé et le cadre conventionnel, n'a pas été renvoyée au Conseil constitutionnel. La décision du 6 mars 2026 est jugée insuffisamment motivée par la défense. Le recours en annulation se poursuit au fond, sur le caractère adapté et proportionné de la mesure. Le mémoire a été déposé le 4 septembre 2026. Un recours devant la Cour européenne des droits de l'homme a été validé. Il sera long et n'annulerait pas rétroactivement la décision du Conseil d'État, mais pourrait modifier à l'avenir le cadre juridique et politique applicable.

DRIMBOX
Dr Sébastien Thiriat

→ Principe et calendrier

La DRIMbox, dans le cadre de la vague 2 du Ségur du numérique en santé, doit permettre une diffusion nationale, sécurisée et interopérable des images médicales. Elle vise à réduire la multiplication des plateformes et des identifiants nécessaires pour accéder aux antériorités. Le système repose sur l'INS, le DMP, Pro Santé Connect, le RIS, le PACS et un lien associé au compte rendu. Il distingue une fonction d'alimentation, assurée par le site producteur, et une fonction de consommation, permettant la consultation par les professionnels. La fin annoncée des prises de commande financées est le 12 janvier 2027. Il est recommandé de commander avant cette date, la DRIMbox devant devenir obligatoire.

→ Points de vigilance et perspectives

L'interopérabilité est obligatoire : un RIS et une DRIMbox de fournisseurs différents doivent pouvoir fonctionner ensemble. La vente croisée est interdite. Avant de choisir une solution, deux critères sont jugés essentiels : le coût de maintenance après trois ans et la capacité de récupération des antériorités, idéalement avec préfetchement automatique. Les perspectives comprennent ce préfetchement, l'accès aux images dans l'urgence, la vague 3 du Ségur pour améliorer la qualité des demandes d'examen et la dématérialisation de la seconde lecture du dépistage organisé du cancer du sein.

NEOVIA – OUVERTURE DE CABINETS DE MANIPULATEURS
Dr Éric GUILLEMOT

→ Alerte sur le modèle

Le conseil a été alerté sur un modèle de centres d'imagerie de proximité associé à NEOVIA : des manipulateurs peuvent être présentés comme responsables locaux, tandis que les radiologues réalisent l'interprétation à distance. Les risques identifiés portent sur la responsabilité médicale, la radioprotection, l'exercice illégal de la médecine, la qualité des acquisitions, la tension démographique sur les manipulateurs et la réduction du radiologue à un rôle de prestataire en téléradiologie. La difficulté réside dans le fait qu'une organisation formellement construite sous responsabilité de radiologues pourrait être plus difficile à contester juridiquement.

Conseil d'administration de la FNMR – 12 septembre 2026


© Éric Durand

→ Actions

Les situations locales doivent être remontées à la FNMR. Les pistes d'action incluent la mobilisation des ARS, de l'Ordre, du G4 et l'appui sur la charte de téléradiologie. La FNMR demande une analyse juridique et stratégique approfondie, notamment sur la présence médicale, les règles de radioprotection et les modalités de responsabilité.

NOUVELLE COMMUNICATION
Dr Katia GIOBBINI

→ Objectifs et outils

La FNMR souhaite professionnaliser sa communication, jusque-là jugée insuffisamment structurée et trop défensive. Deux partenaires ont été retenus : une agence de communication et une agence de relations presse. L'ambition est de renforcer la présence dans la presse professionnelle, nationale, régionale et départementale, ainsi que sur les réseaux sociaux. Une application dédiée aux radiologues doit permettre l'envoi de notifications rapides. La revue pourrait devenir bimestrielle afin de réduire les coûts d'impression et de financer la nouvelle stratégie. Des kits de communication doivent être proposés aux responsables régionaux et départementaux afin d'harmoniser le message national et les actions locales. La communication devra valoriser le rôle du radiologue dans la santé publique, le dépistage, la proximité et la qualité des soins, en associant si possible médecins et patients à des témoignages.

COMPTES FNMR AU 06/2026
Dr Alain FRANÇOIS

→ Situation intermédiaire

Le nombre de cotisants augmente de 174 sur les six premiers mois, pour atteindre 4 537. Cette évolution est jugée positive dans le contexte actuel. Une légère baisse concerne les centres de scanner et d'IRM. Les recettes restent néanmoins globalement proches de celles de l'année précédente. Les dépenses ont augmenté en raison de la crise : environ 58 000 euros de surcoût de communication, 8 000 à 10 000 euros de frais juridiques et plus de 100 000 euros de dépenses complémentaires au total. La situation de mi-année ne fait pas apparaître de difficulté immédiate majeure, mais impose de poursuivre les efforts de syndicalisation et de maîtrise budgétaire. Le **Dr Éric Chavigny** se déclare disponible pour participer aux réunions régionales sur invitation des responsables territoriaux.

FORCOMED – FORMATIONS
Dr Jean-Charles LECLERC

→ Actions et formations proposées

La deuxième édition de Forcomed Académie est jugée positive. Le format en ateliers réunissant de petits groupes doit être reconduit, plutôt vers la fin du printemps et dans un lieu plus attractif. Parmi les formations mises en avant figurent la radioprotection des médecins du travail, la remise à niveau en sénologie, l'optimisation des pratiques en scanner, les produits de contraste, l'accueil et la gestion de l'agressivité, la prise de rendez-vous et la gestion des plannings, Certibiocide, les gestes d'urgence et le DPC. Une session de sénologie est annoncée le 18 décembre et une session Certibiocide le 19 novembre. Le DPC est annoncé comme prolongé jusqu'en 2027, qui pourrait être sa dernière année avant une intégration dans la recertification périodique. La formation Forcomed en gestes d'urgence répond à l'obligation réglementaire de formation à la gestion de l'urgence ; l'AFGSU n'est pas présentée comme obligatoire pour tous les radiologues.

QUALITÉ – LABELIX
Dr Jean-Charles LECLERC

→ Audits cliniques par les pairs

Les audits cliniques par les pairs découlent de la directive Euratom 2013/59. Le travail mené par la profession a permis d'éviter une accréditation lourde de type COFRAC et d'aboutir à un référentiel issu de la profession. La norme française NF S 99-300 et la norme européenne EN 18167 s'appuient largement sur l'expérience Labelix. À compter de janvier 2027, les structures de radiologie diagnostique devront réaliser un audit interne tous les deux ans, conduit par un radiologue et un manipulateur, selon une grille de dix chapitres prioritaires. Les résultats seront saisis sur la plateforme du CNP. L'audit n'est pas une accréditation payante, mais devra être tenu à disposition des autorités ; les ARS pourraient le demander lors des autorisations ou renouvellements de scanner et d'IRM. La charte de téléradiologie doit être intégrée à l'arrêté : l'audit vérifiera la conformité des pratiques de


© Éric Durand

téléradiologie à cette charte. Une phase pilote d'audits externes en radiologie interventionnelle doit débuter en janvier 2027. Labelix reste volontaire et constitue le meilleur outil de préparation aux nouvelles obligations.

PRIVALENCE
Dr Franck CLAROT

→ Situation et difficultés

Privalence est une centrale de mise en relation entre professionnels de santé et fournisseurs, créée en collaboration avec la FNMR. Elle fonctionne avec deux salariés. Après environ deux ans d'activité, elle compte 53 industriels ou fournisseurs adhérents, 229 produits référencés et un chiffre d'affaires annuel de 199 750 euros HT. Un audit de la structure est en cours à la demande du bureau de la FNMR. Le principal problème est la trésorerie : environ 110 000 euros sur 200 000 euros ne seraient pas encaissés, principalement du fait de fournisseurs souhaitant être référencés ou bénéficier de la communication sans régler les montants dus. Les créances des adhérents sont, elles, limitées à environ 12 500 euros. Une campagne de relance majeure est prévue. Des difficultés avec certains industriels concernant le paiement de commissions et rétrocessions sont également évoquées.

→ Repositionnement et développement

Privalence développe ses newsletters, sa communication sur LinkedIn et sa présence dans les salons, et prépare son intégration au réseau professionnel Medical Place. La stratégie évolue : il s'agit d'ouvrir la plateforme à d'autres spécialités disposant de plateaux techniques, notamment radiothérapie, médecine nucléaire, cardiologie et ophtalmologie. L'objectif est d'augmenter le volume, de renforcer la capacité de négociation et d'exporter vers ces spécialités l'expérience des radiologues dans la relation aux fournisseurs. Le potentiel est jugé réel, mais les résultats de l'audit, le recouvrement des créances et le repositionnement stratégique devront guider les décisions à venir.

QUESTIONS DIVERSES
Dr Éric CHAVIGNY

→ JFR 2026

La FNMR disposera d'un stand aux JFR 2026. Les adhérents sont invités à le visiter quotidiennement autour de midi. Un apéritif est prévu le jeudi à 17 heures. Les membres du bureau restreint assureront une présence à tour de rôle. Il n'y aura pas de soirée FNMR cette année, en raison des délais d'organisation et de la nécessité de contenir les dépenses.

→ Octobre rose

Des kits de communication seront envoyés aux cabinets : affiches, flyers et rubans roses. Les structures volontaires pourront participer à une opération de dépistage sans rendez-vous en prévoyant des créneaux dédiés, sans obligation d'ouvrir totalement leur activité au sans-rendez-vous.

→ IMPULSION – Dépistage du cancer du poumon

Le programme démarre lentement : 63 centres autorisés, dont 35 centres de radiologie, et 1 484 patients inclus, soit environ 7 % du volume attendu. Les progressions citées sont hétérogènes : 28 % en PACA, 20 % en Auvergne-Rhône-Alpes et moins de 10 % dans plusieurs régions. Les inclusions proviennent majoritairement des soins secondaires, à hauteur de 97 %. Les centres participants sont encouragés à renforcer le recrutement tout en veillant au remplissage des questionnaires.

→ ARS et remontées territoriales

Les représentants locaux doivent faire remonter les situations concernant les PIMAP, les centres reposant sur la téléradiologie et les manipulateurs, les autorisations d'équipements, la radioprotection, la qualité et les relations avec les ARS. La FNMR souhaite pouvoir organiser rapidement une réponse nationale aux initiatives territoriales susceptibles de fragiliser l'exercice médical radiologique.

Remplacements / Associations

N° 11090

30 – ARLES

Cession cabinet de radiologie, idéalement situé, accès pmr aux normes, parking privé. 380 m² distribués sur 2 niveaux : rdc : 1 salle mammo, 3 salles d'écho, 1 salle d'ostéo, 2 salles radios, 1 salle panoramique dentaire, salle d'attente, secrétariat/accueil, sanitaires, réserve. Etage : 3 bureaux, salle d'archives, cuisine, sanitaires.

Dr Jerzy TULISZKIEWICZ
06 33 63 70 47
tuliszkiewicz.jerzy@orange.fr

N° 11088

2 – SAINT QUENTIN

Cabinet environ 1h de Lille et de Reims, 2 h de Paris. Recherche associé ou assistant, structure à taille humaine, activité polyvalente, accès plateau technique complet (scanner, irm, radio standard, écho, mammo). Pas de garde, possibilité de développer ou de privilégier une spécialisation. Exercice adapté à votre profil : association avec installation durable ou partielle avec possibilité d'activité mixte. Pas de frais d'entrée, possibilité d'assistanat/collaboration (éventuellement en post-internat ou pour débuter sans engagement). Périodes de remplacement possibles. Rémunération liée à l'activité réalisée. Temps plein/temps partiel. Possibilité de téléradiologie.

Dr Pierre-François ROBACHE
07 56 82 10 40
abc@robache.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

N° 11087

82 – CAUSSADE

Cession avant départ en retraite. Centre d'imagerie de proximité à très forte activité avec 2 salles de radiologie générale et cone beam, une salle de mammo, une salle d'écho. Matériel nouvelle génération, accès pmr, 3 manipulateurs dont 1 avec un DU échographie, 4 secrétaires. Horaires : 8h-18h du lundi au vendredi. pas de garde, week end libre Actuellement seul radiologue mais peut convenir à 2 ou 3 radiologues avec possibilité d'accompagnement. Grosse demande de soins avec possibilité d'ouvrir le samedi. Cadre de vie attractif, petite ville du sud-ouest bien desservie (autoroute, gare, aéroport de toulouse à 50 min)

Dr Gérard PIQUEMAL
06 08 71 44 61
centre.radiologie.occitanie@gmail.com

N° 11086

06 – NICE

Cession avant départ en retraite. activité comprenant radiologie conv, mammo, écho et IRM. Actuellement seul radiologue, en SELARL, organisation et équipe déjà en place. Possibilité d'accompagner le confrère qui reprendrait l'activité afin d'assurer une transition progressive. Modalités de reprise à discuter, en fonction du projet du candidat. Disponible pour échanger et présenter plus précisément l'activité et ses conditions.

Dr Noel MAZZOLENI
06 70 48 04 86
noel.mazzo@yahoo.fr

N° 11085

75 - PARIS Intra-muros

Centre d'imagerie médicale bien implanté, emplacement stratégique de plain pied à proximité immédiate des gares, locaux belle surface de plus de 300 m². Plateau technique complet et numérisé : 2 salles télécommandées, 3 échographes, 1 mammographe, 1 pano et TC, 1 Cône beam. Activité solide avec patientèle fidèle et fort potentiel de développement. Dossier confidentiel sur demande par mail parimagerie@gmail.com.

N° 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

IMAGINE... FNMR
2027 LA RADIOLOGIE AU CŒUR DE LA SANTÉ

LE CONGRÈS PROFESSIONNEL DE LA FNMR

BLOQUEZ LA DATE
SAMEDI 5 JUIN 2027 – BIARRITZ

Remplacements / Associations

6 scanners et 7 IRM. Activité diagnostique diversifiée et interventionnelle développée.
M. Julien SERAPHIN
07 48 83 79 64
Julien.seraphin@72mis.fr
www.72mis.fr

N° 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

N° 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

N° 11081

83 – FREJUS – SAINT RAPHAEL – DRAGUIGNAN

Groupe de 20 radiologues, recherche nouvel associé, secteur 2. Plateau technique : 5 Scanner, 3 IRM, 13 échographes et 3 mammographes. Conditions d'exercice : 2 à 4 j/semaine, flexibilité de temps de vacances.
Mme Tatania TAUPIN
06 63 09 23 38
tatiana_taupin@hotmail.com

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**

N° 11080

14 – CAEN

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

N° 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
06 82 38 15 31
philippe.goldstein@gmail.com

Vente murs

N° 11089

64 – BAYONNE

Vente murs cabinet de radiologie sur la commune de Bayonne, situé en centre-ville, au cœur des services et des transports en commun (bus, tram, gare), surface de 300 m² env. (100 % en rdc / accessible pmr), parkings privatifs en sous-sol. Parking public, places sur voirie disponibles en pied d'immeuble. Locaux en excellent état général de présentation et de prestations, immédiatement opérationnels.
Dr Pierre GOYENEIX
06 89 86 30 06
dr.goyeneix@gmail.com

ÉLECTIONS

VIE SYNDICALE

ÉLECTIONS DÉPARTEMENTALES

VAL-DE-MARNE

→ Le Syndicat départemental du Val-de-Marne a procédé aux élections de son Bureau le 21 septembre 2026 :

Président : Dr Fernando NEVES – Le Perreux-sur-Marne
Secrétaire générale : Dr Claire RULL ELBAZ – Saint-Maur-des-Fossés
Trésorier : Dr Jean-François GROSCARRET – Le Perreux-sur-Marne

TROIS LIEUX, TROIS HISTOIRES

Envie de changer de décor ? Direction la Villa Cavrois, le laboratoire historique de Marie Curie ou le Musée belge de la Radiologie. Entre architecture moderniste, histoire scientifique et patrimoine médical, trois visites pour explorer des lieux singuliers, varier les plaisirs et découvrir autrement l'art, les sciences et la médecine.


DR

→ Villa Cavrois : l'art d'habiter l'espace

Hauteur des plafonds, couleur des murs, position des ouvertures, circulation de la lumière. À Croix, près de Lille, la Villa Cavrois incarne une architecture où rien n'est laissé au hasard. Construite entre 1929 et 1932 par Robert Mallet-Stevens pour l'industriel Paul Cavrois, cette demeure de briques jaunes reste un manifeste majeur du modernisme français, où lignes géométriques, mobilier intégré, chauffage central et ascenseur forment une œuvre totale. On ne vient pas seulement admirer un édifice, on éprouve une façon d'habiter l'espace. Depuis le 6 octobre, l'exposition « 1911 Palais Stoclet – Villa Cavrois 1932 / Influences » explore les correspondances avec le palais bruxellois de Josef Hoffmann, construit pour la famille Stoclet. Une perspective guide le regard, une ligne accompagne le mouvement, une fenêtre met le paysage en scène… L'ensemble se lit comme une composition qui conduit naturellement l'œil jusqu'au miroir d'eau du parc. À prolonger à Lille ou Roubaix, entre design et gastronomie.

Où : 60 avenue Kennedy, Croix. Tramway R, arrêt Villa Cavrois.
Quand : exposition du 6 octobre au 13 décembre 2026. Ouverte du mardi au dimanche, de 10 h à 18 h.
Tarif : gratuit le 1er dimanche du mois (1er novembre, 6 décembre).


DR

→ Musée Curie : aux origines de l'imagerie médicale

À deux pas du Panthéon, le Musée Curie occupe l'ancien laboratoire où Marie Curie a travaillé entre 1914 et 1934. C'est ici que Frédéric et Irène Joliot-Curie, membres de la « famille aux cinq prix Nobel », ont découvert la radioactivité artificielle en janvier 1934. Le bureau de Marie Curie, son laboratoire de chimie décontaminé ou encore le coffret du gramme de radium qui lui fut remis aux États-Unis en 1921 racontent une science faite de patience, d'expérimentation et de curiosité. Pour les radiologues, la visite constitue un véritable retour aux racines de leur spécialité. Pendant la Première Guerre mondiale, Marie Curie équipe des véhicules de radiologie mobile, les « petites Curies », pour radiographier les blessés au plus près du front. Le parcours aborde aussi le radium, la radiothérapie et la Fondation Curie, engagée dans la lutte contre les cancers. À l'arrière du musée, le jardin créé par Marie Curie offre une parenthèse inattendue, à l'abri de l'agitation du Quartier latin.

Où : 1, rue Pierre-et-Marie-Curie, Paris 5e (métro Place Monge ou Cardinal-Lemoine).
Quand : du mercredi au samedi, de 13 h à 17 h ; fermé les jours fériés, en août et pendant les vacances de Noël. Visite d'environ 50 minutes.
Tarif : entrée gratuite. Visites guidées gratuites sur réservation : musee.curie.fr.


DR

→ Bruxelles : la mémoire vivante de la radiologie

À Bruxelles, le Musée belge de la Radiologie occupe les salles d'attente de l'hôpital militaire Reine Astrid, ouvertes au public. Fondé en 1990 par des bénévoles autour du professeur René Van Tiggelen, il retrace plus d'un siècle d'imagerie médicale, des premiers rayons X à l'échographie et au scanner, à travers des instruments historiques, des dioramas, des documents et plus de cent affiches. Le parcours s'aventure aussi du côté de la paléontologie, de l'art, de la philatélie ou de la balistique, preuve que les rayons X ont trouvé bien d'autres applications que la seule médecine. Aux côtés des musées de Remscheid-Lennep, ville natale de Wilhelm Röntgen, et de Palerme, il compte parmi les rares lieux consacrés à la mémoire de la radiologie. Une occasion de redécouvrir les pionniers, les instruments et les grandes étapes d'une discipline qui n'a cessé de transformer notre regard sur le corps humain. À glisser dans un week-end bruxellois rythmé par la bande dessinée, les gaufres et la Grand-Place.

Où : hôpital militaire Reine Astrid, rue Bruyn, 1120 Bruxelles.
Quand : en semaine, aux heures de consultation du service ; visite guidée sur rendez-vous : info@radiology-museum.be
Tarif : gratuit ; visite guidée : tarif sur demande.

Information accessible et adaptée : un enjeu clé pour les services de radiologie

Le **Labelix** rappelle une exigence essentielle dans l'accueil des patients : **l'information doit être accessible, compréhensible et adaptée à chacun.** En radiologie, où les examens sont souvent source de stress et d'incompréhension, cette exigence prend tout son sens. Un patient qui comprend ce qui va se passer est un patient plus serein, plus coopérant et mieux engagé dans son parcours de soins. Cette accessibilité de l'information s'inscrit pleinement dans une démarche inclusive, visant à ne laisser aucun patient de côté.

La méthode **FALC – Facile à Lire et à Comprendre** constitue un outil particulièrement pertinent pour répondre à ce critère Labelix. Elle repose sur des principes simples : phrases courtes, vocabulaire clair, une idée par phrase, consignes explicites et supports visuels. Utilisée en radiologie, elle permet d'expliquer simplement des examens parfois anxiogènes comme l'IRM, le scanner ou les radiographies interventionnelles, notamment auprès des personnes en situation de handicap, des patients allophones ou ayant des difficultés de compréhension.

Concrètement, une information en FALC permet de préciser ce qui va se passer, ce qui est attendu du patient (rester immobile, durée de l'examen, bruit, sensations normales) et de lever les inquiétudes. Cela améliore la qualité de l'examen, limite les erreurs ou interruptions, et participe à une prise en charge plus fluide. Il s'agit aussi d'un levier fort de **responsabilité sociale,** souvent moins visible que les actions environnementales mais tout aussi essentiel.

Bon à savoir : le site **SantéBD**[1] met gratuitement à disposition des supports FALC de grande qualité, notamment des affiches et bandes dessinées expliquant les examens d'imagerie (IRM, scanner…). Ces outils, conçus avec des personnes concernées, peuvent être affichés en salle d'attente ou intégrés au parcours patient. Ils constituent un appui concret et immédiatement mobilisable dans une démarche Labelix, mais aussi dans une **politique RSE,** trop souvent réduite à la seule dimension écologique.



Rendre l'information accessible en radiologie, c'est à la fois répondre aux exigences du Labelix, renforcer la qualité relationnelle, **agir en faveur de l'inclusion,** et inscrire son service dans une **RSE centrée sur l'humain,** au cœur des pratiques professionnelles.

Virginie MOTTE,
Ceos'Consult

[1] www.santebd.org

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

Fédération Nationale des Médecins Radiologues

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



DR