

IMAGERIE MÉDICALE

Un secteur aux défis multiples

L'imagerie médicale, pierre angulaire des parcours de santé, fait face à plusieurs enjeux tels que l'inégal accès à certains équipements sur le territoire national (IRM, scanners...), la désertification médicale ou encore, l'augmentation des besoins de soins liés au vieillissement de la population. Dans ce contexte, la téléradiologie ou encore, les solutions mobiles suscitent l'intérêt.

L'imagerie médicale « joue un rôle central à chaque étape du parcours de santé des patients : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi », rappelle Armelle Graciet, directrice des affaires industrielles du Snitem⁽¹⁾. Plusieurs défis demeurent toutefois, à commencer par celui de l'accès aux équipements, notamment aux équipements lourds tels que les IRM et scanners, qui restent inégalement répartis à travers le territoire français... entraînant des délais d'attente parfois conséquents pour les patients. Pour obtenir un examen IRM, « en dehors de la région parisienne, l'attente se compte souvent en semaines, voire en mois », relève France Assos Santé dans un article paru sur son site Internet en septembre 2024. Sur « la plateforme de réservations de consultations Doctolib, la première disponibilité à Marseille est, par exemple, en décembre et il faut attendre mars 2025 pour décrocher une place à Nantes, soit dans six mois ! ». Des difficultés qui persistent : dans le Var, « un patient doit attendre autour de deux mois, en moyenne, pour passer une IRM, un scanner ou une mammographie », évoque ainsi le Dr Pascal Kbaier, radiologue dans l'aire toulonnaise au sein du groupe Imasud, dans un article paru le 8 novembre dernier sur le site de Nice-Matin. « Ce sont des délais difficiles, lorsqu'on attend un diagnostic lié à une potentielle maladie. Et plus on retarde ce diagnostic, plus le risque de perte de chance grandit », rappelle-t-il.

UNE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE INSUFFISANTE

En cause : « Le nombre d'indications pour cet examen ne cesse de croître, rappelle France Assos Santé. Alors qu'il était initialement centré sur la neuroradiologie, il devient un passage obligé pour de multiples pathologies cancéreuses, cardiaques, abdominales, traumatiques, etc. ». L'installation des appareils (IRM mais aussi scanners) dans les centres de radiologie est, par ailleurs, soumise à autorisation de l'agence régionale de santé. À cela s'ajoute un problème de ressources humaines. « En libéral, environ 20 % des postes de radiologues sont vacants ; à l'hôpital, environ un tiers », évoque le Dr Jean-Philippe Masson, président de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). Selon lui, « il faudrait doubler le nombre de postes d'internes en radiologie » et élargir les capacités d'accueil dans les facultés comme le nombre de terrains de stage. « Il manque également, en moyenne, 18 % de manipulateurs radio. Ils sont environ 30 000 en France, dont le tiers a plus de 50 ans. Le nombre de nouvelles recrues formées chaque année reste faible et à peu près 30 % des étudiants, sans doute mal orientés, abandonnent leur cursus avant la fin de la première année. La répartition des effectifs est également perfectible », poursuit le Dr Masson. Alors que 65 % de l'activité radiologique est réalisée en libéral, 70 % des manipulateurs travaillent à l'hôpital. Cela a conduit certains centres de radiologie à renoncer à installer de nouveaux équipements après avoir pourtant obtenu une autorisation ».

GRADATION DES SOINS ET ÉQUIPEMENTS

Autre difficulté : « Nous savons que la population française vieillit, que le nombre de pathologies chroniques explose... mais nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, d'une cartographie précise des besoins de soins de la population à l'échelle des territoires, ajoute Armelle Graciet. C'est pourtant essentiel pour apporter une offre de soins et d'imagerie adaptée et c'est une demande que nous avons formulée auprès de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ». L'enjeu est, en effet, de pouvoir assurer aux patients le(s) bon(s) examen(s), au bon endroit, au bon moment : IRM, scanner, échographie, radiographie... Dans ce cadre, « il ne s'agit pas d'installer des machines coûteuses et sophistiquées dans tous les centres de radiologie, mais de répartir les équipements en fonction des pathologies et des niveaux de prises en charges nécessaires, selon le principe de gradation des soins, relève Samuel Sancerni, P.-D.G. de l'entreprise DMS Imaging. Ainsi, les scanners à comptage photonique ou les IRM 7 Tesla pourraient être réservés aux CHU, aux centres de maladies rares ou encore, aux instituts contre le cancer, tandis que les hôpitaux de proximité, les centres de radiologie de ville ou encore, les centres d'urgence bénéficieraient d'appareils plus "standard", par exemple ⁽²⁾ ».

« AMENER L'IMAGERIE AUX PATIENTS »

Cette stratégie permettrait de libérer de la capacité dans les centres spécialisés pour répondre aux cas les plus complexes, mais aussi « d'amener l'imagerie médicale au plus près des patients », complète-t-il. Déjà évoquée dans le programme « Ma Santé 2022 », elle n'est toutefois pas encore pleinement visible sur le terrain. Le recours aux « solutions mobiles », qui pourtant existent, est également encore timide. « À ce jour, elles se déploient au sein des établissements de soins : elles permettent la réalisation d'examens d'imagerie directement au lit du patient. C'est, pour lui, un véritable gain de temps et de confort, explique le P.-D.G. de DMS Imaging. Ces solutions pourraient toutefois également être utilisées dans le cadre d'unités mobiles pour la réalisation d'examens à domicile, en centre de soins périphérique ou encore, en maison de retraite, par exemple. Cela éviterait des déplacements parfois longs, fatigants, voire coûteux pour les patients/résidents, tout en désengorgant les services hospitaliers ». Le modèle est d'ores et déjà exploré dans certains pays, comme le Danemark (lire encadré).



© ADOBE STOCK

DANEMARK : UNE EXPÉRIMENTATION D'IMAGERIE MOBILE EN COURS

L'hôpital universitaire Herlev og Gentofte, au Danemark, expérimente actuellement une unité mobile de radiologie, financée par la Région. Elle permet « de proposer des radiographies aux personnes âgées vulnérables » au sein même de leur maison de retraite, leur permettant ainsi « d'éviter le déplacement à l'hôpital », a expliqué, fin décembre, l'établissement sur son compte LinkedIn. C'est « un grand avantage » pour elles, évoque le Dr Christina Kinnander, cheffe du service de radiologie de l'hôpital. Dans « certains cas, nous pouvons aussi examiner les résidents plus tôt que prévu, ce qui permet de détecter d'éventuelles fractures osseuses. Il est crucial de poser un diagnostic, mais aussi d'écartier la possibilité d'une fracture pour éviter une hospitalisation et débuter rapidement un traitement de la douleur ». L'unité mobile fonctionne depuis début octobre. « Nous avons bien démarré et nos radiologues ont été très bien accueillis ». Ils « se retrouvent dans un environnement différent et doivent parfois faire preuve de créativité, mais notre impression est que les résidents comme les employés des maisons de retraite sont ravis de cette initiative. Et nos équipes aussi, qui considèrent cela comme un travail particulièrement significatif », ajoute Jeanette Brus Mortensen, cheffe radiographe au service de radiologie. L'initiative sera « évaluée au printemps », complète l'établissement.



Plus d'informations ici :
<https://lnkd.in/ewQnu-gc>

(1) Elle est également de plus en plus utilisée pour guider, en temps réel, des gestes thérapeutiques complexes, comme les infiltrations, ponctions, résections, biopsies, drainages... Ces techniques dites « interventionnelles » améliorent les prises en charge tout en réduisant les risques associés aux interventions chirurgicales.

(2) En moyenne, plus de la moitié des actes d'imagerie médicale sont des actes de radiologie conventionnelle, rappelle Samuel Sancerni. Cette dernière est, bien souvent, la porte d'entrée du parcours radiologique des patients.

TÉLÉRADIOLOGIE : OÙ EN EST-ON ?

Enfin, la téléradiologie constitue, elle aussi, un levier intéressant pour améliorer l'accès aux soins. « *Cette technique émerge comme une solution complémentaire pour faire face aux besoins d'imagerie médicale dans des zones où les ressources en équipements mais aussi en équipes sont limitées*, pointe Samuel Sancerni. *Elle permet de répondre aux besoins urgents de patients de zones rurales ou isolées tout en offrant une expertise médicale à distance* », ajoute-t-il. Elle poursuit, à ce jour, son essor mais n'est pas encore totalement généralisée. « *Des guidelines claires associées à une véritable politique nationale de soutien à la téléradiologie sont, pour cela, essentielles* », conclut le P.-D.G. de DMS Imaging.



La téléradiologie permet de répondre aux besoins urgents de patients de zones rurales ou isolées tout en offrant une expertise médicale à distance.



LA TÉLÉRADIOLOGIE, ACTE MÉDICAL !

La téléradiologie « *se développe et devrait continuer de se développer à l'avenir* », estime le Dr Laurent Verzaux, médecin-radiologue au Havre mais aussi membre de la Société française de radiologie (SFR), de la FNMR et du Conseil professionnel de la radiologie française (G4). Elle répond à des besoins concrets, « *dans le cadre de vaccinations programmées, par exemple* », notamment au sein d'établissements de soins publics ou privés disposant d'équipements d'imagerie mais manquant de ressources médicales. Elle facilite également l'accès à des surspécialités en radiologie. « *La téléradiologie se déploie par ailleurs dans le cadre de la permanence des soins et des gardes* », poursuit le Dr Verzaux. *Cette organisation permet d'assurer la continuité des prises en charge la nuit et le week-end* ». Durant les examens (scanners, IRM, radiographie conventionnelle), « *le lien entre manipulateurs, au lit du patient, et radiologues, à distance, est constant* », poursuit-il. Plus marginale, la télé-échographie nécessite encore des équipements dédiés assez coûteux. Attention, « *la téléradiologie est un acte médical* » et non « *une prestation de service* », insiste-t-il. C'est l'un des principes fondamentaux rappelés dans la charte élaborée par le G4 et validée par le Conseil de l'Ordre des médecins. « *Mise à jour en mars 2025, elle n'est pas juridiquement opposable. Elle fait toutefois référence pour encadrer les bonnes pratiques, les obligations et les responsabilités des professionnels impliqués dans la téléradiologie* », relève le Dr Verzaux. Quatre temps clés, sous la responsabilité du radiologue, structurent l'acte de téléradiologie, conclut-il : la validation de la demande d'examen (pertinence, conformité aux recommandations), la définition du protocole, l'analyse et l'interprétation des images puis, enfin, la synthèse et l'accompagnement du patient, avec orientation vers le médecin demandeur ou la structure adaptée.

Plusieurs points en suspens

Les radiologues libéraux, déjà éprouvés par des baisses tarifaires successives, se mobilisent en ce début d'année 2026 contre les nouvelles réductions décidées par l'Assurance maladie, qui risquent d'alourdir les délais d'accès aux soins, d'affecter l'innovation technologique et de fragiliser les dépistages de masse. Parallèlement, le **Snitem appelle à une meilleure valorisation des équipements innovants et à un travail collectif** autour de la pertinence des prescriptions et du bon usage de l'imagerie, afin de garantir une prise en charge de qualité pour l'ensemble des patients.

Pour la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), la profession est « à bout », en ce début d'année 2026. En janvier, plusieurs jours durant, dans le cadre d'une mobilisation nationale des médecins, les radiologues libéraux ont en effet dénoncé les baisses de tarifs d'imagerie décidées dans le protocole imagerie 2025-2027 de l'Assurance maladie et la LFSS pour 2026. Ces baisses « auront des effets immédiats sur le quotidien des patients » a, à cette occasion, alerté la FNMR, qui rappelle par ailleurs que « depuis dix ans, les radiologues ont dû faire face à plus de 1,5 milliard d'euros de baisses tarifaires ». Parmi les impacts à craindre : l'allongement des délais d'accès aux examens (IRM, scanner, échographie, mammographie), la fermeture de cabinets en zones rurales ou périurbaines, le ralentissement de l'innovation technologique, la fragilisation des dépistages de masse (comme le cancer du sein) et le moindre accès au diagnostic et au traitement des cancers et des maladies chroniques.

300 MILLIONS D'EUROS D'ÉCONOMIES

Elles « privent les radiologues des marges de manœuvre nécessaires pour continuer à assurer des soins de qualité aux patients, a complété la FNMR. Cette décision est à la fois économiquement absurde et médicalement irresponsable. Les patients vont en être les victimes ». Maud Bregeon, porte-parole du gouvernement, a toutefois, lors d'un point presse, défendu les mesures annoncées, en invoquant une



© ADOBE STOCK

« responsabilité collective » face au déficit de l'Assurance maladie. « Chacun doit prendre sa part », a-t-elle signifié pour justifier les 300 millions d'euros d'économies attendues d'ici 2027 dans le secteur.

VALORISATION DE L'INNOVATION

L'accès à l'innovation est un autre enjeu d'importance. « Pour cela, il faudrait qu'il y ait une juste valorisation des innovations développées par les entreprises qui investissent fortement pour développer de nouvelles technologies, pointe Armelle Graciet, directrice des affaires industrielles du Snitem. À titre d'exemple, une IRM du genou est valorisée au même tarif qu'une IRM cardiaque, alors que le temps consacré et les machines nécessaires ne sont pas les mêmes ». De même, la classification des scanners, instaurée il y a vingt ans pour la détermination des forfaits techniques, n'a jamais été mise à jour depuis et « n'est plus adaptée aux appareils très innovants actuellement mis sur le marché. Aujourd'hui, tous les nouveaux équipements tombent dans la même classe 3. Dès lors, la valorisation du forfait technique d'un scanner standard d'une valeur de 250 000 euros est la même que celle d'un scanner qui vaut plus d'un million d'euros, déplore Armelle Graciet. Nous avons rencontré la CNAM et la DGOS sur ces différents sujets, mais nous n'avons pas encore réussi à mettre toutes les parties prenantes – professionnels de santé, industriels, autorités sanitaires – autour de la table pour entamer le dialogue et évoquer ce sujet collectivement ».

ENJEUX

AMÉLIORER LE BON USAGE

Armelle Graciet souligne également la nécessité de travailler sur la pertinence des prescriptions d'imagerie. « Des recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées par la Haute Autorité de santé, dans le cadre de la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ou encore, de l'exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte, par exemple. Mais il reste encore, à notre sens, un vrai travail d'éducation à faire, auprès des patients comme des médecins prescripteurs, pour que les demandes d'examens d'imagerie soient les plus adéquates possibles », insiste-t-elle. Une évolution nécessaire pour éviter les actes inutiles, sans réel bénéfice pour les patients, ou dont le résultat est susceptible d'être obtenu par d'autres techniques disponibles non irradiantes. « Le partage des informations médicales, au sein et entre établissements de santé, mais aussi avec le secteur libéral, constitue également un vecteur d'amélioration pour éviter la redondance des actes, améliorer la qualité des soins et maîtriser les risques d'exposition aux rayons X », conclut Armelle Graciet.



© ADOBE STOCK

LE SAVIEZ-VOUS ?

L'imagerie médicale est née avec la découverte des rayons X au XIX^e siècle. Après l'âge d'or de la radiologie dans les années 1920-1960, les innovations se sont succédé à grande vitesse : échographie et échodoppler (années 1960) ; IRM et scanners à rayons X (années 1970) ; vues en 3D du corps entier (années 1980) ; scanners volumiques (années 1990) ; tomographie par émission de positrons (années 2000)... sans compter l'essor, désormais, de la 4D !

Redécouvrez l'histoire de l'imagerie médicale, riche en rebondissements, grâce au livret dédié du Snitem :
<https://www.snitem.fr/le-dispositif-medical-dm/dm-et-specialites-medicales/imagerie/>



LES PROCHAINS RDV À RETENIR

Les 6 et 7 février se tiendront, à l'Hôtel Marriott Paris Rive Gauche, les journées d'échographie multidisciplinaire organisées par la Société francophone d'échographie (SFÉcho) ! Le Snitem y animera un atelier.

Infos : <https://www.sfecho.org/evénements/les-journées-d-échographie-multidisciplinaire-2026>



Le Snitem organise par ailleurs, le 19 mars, un « RDV avec l'imagerie » à la Maison de la Chimie. Dépistage, organisation territoriale, radiologie interventionnelle, avec ou sans IA, l'imagerie médicale est partout et constitue un pilier essentiel du parcours

de soins. Mais comment optimiser son utilisation ? Comment mettre en place une politique de dépistage efficace ? Quel apport de l'intelligence artificielle ? Comment l'innovation en imagerie permet de mieux prendre en charge les patients ? Autant de questions qui seront débattues entre experts, professionnels de santé, industriels et institutionnels. Mickaël Benzaquen, sous-directeur de l'accès aux soins et premier recours au sein de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a d'ores et déjà confirmé sa présence.

Nous y reviendrons dans le prochain Snitem Info !

Infos : <https://www.snitem.fr/actualites-et-evenements/événements-du-dm/rdv-avec-imagerie-3-juillet-2025/>

