



Syndicat des
Radiologues
Hospitaliers

Le 27 mai 2025

LFSS 2025 : pas d'économies sur la qualité !

La LFSS 2025 impose une baisse chiffrée de 300 millions d'euros à court terme à « l'imagerie médicale », il nous paraît essentiel d'y répondre avec des mesures qui pourront également porter leurs fruits à moyen et long termes tout en épargnant les soins radiologiques de premier recours, oncologiques, de dépistage, innovants et la radiologie interventionnelle (RI). Les économies qui seront réalisées ne doivent pas dégrader la qualité des soins. L'expérience du produit de contraste est assez parlante ...

Les dépenses d'imagerie actuelles se répartissent en 3 grands pôles de dépenses (environ 1/3 chacun) que sont les actes d'imagerie (ADI), les actes d'échographie (ADE) et les forfaits techniques (FT). ADE et FT représentent les secteurs à la dynamique d'augmentation la plus forte et doivent concentrer les mesures d'économies.

Nos réflexions et propositions pour des mesures rapides et concrètes vont s'attacher à chacun de ces pôles :

1) Actes d'échographie (ADE)

Ils représentent **29% des dépenses d'imagerie (1,7 Md€)** mais seuls **30% sont imputables aux médecins radiologues**. Parmi les actes d'échographies **70% sont réalisés par des non radiologues**. De plus, alors que les échographies des non radiologues progressent de manière soutenue (**4% en 2024**), les échographies « radiologiques » **restent stables (0,1%)**. Cette évolution repose sur plusieurs éléments : auto prescription (cardiologie, gynécologie/obstétrique, médecins vasculaires, autres spécialistes formés « échographistes »), substitution d'une cotation de CS à un ADE, développement sauvage de la pratique échographique en dehors des guides de bonne pratique et des conditions fixées par le code de déontologie médicale (CDM) et des recommandations ordinales (absence de

formation qualifiante et de diplôme donnant droit au titre, non-respect des contraintes réglementaires de délégation).

Compte tenu du poids dans les dépenses d'imagerie et de leur dynamique de croissance, il paraît juste que l'échographie non radiologique soit notablement impactée de manière pérenne.

Nos propositions pour les ADE sont:

- **La sortie de l'échographie de « l'enveloppe imagerie »** afin que les évolutions des dépenses d'une technique majoritairement « non radiologique » n'impactent pas le reste de l'imagerie en coupes et la RI.
- **La diminution globale des tarifs des échographies avec l'instauration d'une lettre clé, à la manière du Z, viendrait compenser pour les radiologues la baisse générale des cotations.**
- **Le non remboursement des ADE qui ne respectent pas la totalité des conditions suivantes :**
 - ✓ Absence de qualification ou diplôme reconnu par l'ordre pour la pratique de l'échographie ;
 - ✓ Absence de protocole de coopération autorisé déclaré par les radiologues délégués pour les MEM titulaires du DIU d'échographie d'acquisition ;
 - ✓ Non-respect des conditions de délégation et de responsabilité dans la pratique de l'échographie d'acquisition et la mise en œuvre d'un protocole de coopération ;
 - ✓ Absence de CR dans le DMP ;
 - ✓ Utilisation d'un échographe de qualité suffisante, impliquant une maintenance et un contrôle qualité externe et interne (CQE/CQI) à l'instar des équipements d'imagerie en coupes.

L'absence de mesures significatives sur l'échographie qui épargnerait ainsi essentiellement les non radiologues et ferait reporter l'effort sur l'imagerie en coupes (FT) et les ADI, serait, en plus d'une injustice majeure, une erreur économique criante. Elle installerait une double peine pour la radiologie avec un effort encore plus important à réaliser sur les FT. Nous y sommes farouchement opposés.

Compte tenu du volume de dépenses, 150 Millions nous paraissent aisément dégageables (moins de 10% du total des ADE).

2) Forfaits Techniques (FT)

Les FT connaissent une croissance soutenue et constante (7,8% en 2024). Ils concernent les scanners, IRMs et TEPscanners. Sachant que les FT des TEPscanners sont particulièrement élevés (1000€ au premier seuil à taux plein et ne tiennent pas compte du coût du traceur avec une distribution en défaveur du public) et que le nombre d'examens a doublé en 5 ans pour dépasser le million, **il paraît essentiel que les FT de Médecine Nucléaire (MN) soient pleinement intégrés aux réflexions.**

Concernant l'imagerie en coupes radiologique, la dynamique de croissance est également forte et va de plus exploser dans les prochaines années. La réforme du régime des autorisations va en effet permettre de manière automatique (sans dossier d'autorisation) le déploiement de très nombreuses machines avec un doublement prévu. La radiologie française est déjà la plus productiviste de l'OCDE, permettant jusqu'alors de compenser la densité inférieure d'équipements. Il est essentiel de sortir de la logique de baisse des remboursements/hausse du nombre d'examens qui n'aboutit qu'à une course en avant mortifère aussi bien pour la profession que pour les patients, à l'origine d'une baisse de qualité et d'une priorisation des examens les plus rentables et rapides.

Ainsi, la diminution significative des FT après le premier seuil permettrait de diminuer la rentabilité excessive tout en permettant des économies substantielles. La « menace » de lobbys financiarisés d'un déploiement plus important de machines pour contrer cette mesure est sans objet, la rentabilité en imagerie en coupes poussant au déploiement, même sans modifications des FT des seuils 2 et 3. Enfin, les matériels participant effectivement à la PDSSES seraient exclus de la décote, permettant d'en compenser les coûts tout en exerçant une incitation financière sur les structures qui n'y participent pas actuellement.

Une baisse globale des FT poursuivrait la spirale coût/volume dans les années à venir et entraînerait une baisse de la qualité des soins.

Il serait très inquiétant que dans le cadre d'une régulation éclairée, au moment où on se rapproche du nombre d'IRM/habitant de nos voisins européens, on ne freine pas le nombre d'examens par équipement actuellement très supérieur à eux et qui augmente !

La réforme du financement des produits de contraste a abouti à leur intégration dans le FT. Malheureusement, ceux-ci sont restés indifférenciés et seulement légèrement augmentés dans une péréquation dont seul notre système a le secret. A été ainsi valorisée, de fait, la radiologie sans injection aux dépens de la radiologie avec injection de produit de contraste (PDC). Les structures réalisant majoritairement des examens injectés (oncologiques, traumatologiques, post-opératoires, réanimations...) paient pour celles réalisant des examens non injectés aboutissant sur le terrain à favoriser ces examens, voire, comme cela a été rapporté, de refuser les examens injectés.

Il paraît essentiel de contrer ces dérives par la création de deux FT différenciés (injectés/non injectés) qui permettrait un pilotage précis et adapté aux frais engagés. Les baisses de FT seraient alors adaptées aux volumétries, à l'évolution des coûts des consommables et des PDC.

Le classement des classes de scanner est à reprendre. Il n'est pas concevable que la même classe 3 concerne la totalité des scanners du marché en France regroupant des machines dont le coût d'acquisition et d'exploitation va de 1 à 10. La CEMLIM doit être réunie et ce chantier ouvert. Le financement de l'innovation en dépend également.

A l'aune de ces éclairages nos propositions pour les FT sont :

- **Diminution des FT après le premier seuil pour les IRMs et dans une moindre mesure les scanners.**
- **Création de FT différenciés distinguant les examens injectés et les examens non injectés en faisant reposer les diminutions sur ces derniers et en valorisant mieux l'utilisation d'un agent de contraste.**
- **Sanctuarisation/Valorisation des FTs des matériels participant à une PDSES**
- **Mise à jour des classes de scanners avec prise en compte des matériels innovants (multi énergie, photoniques, cardiaques...)**
- **Diminution des FT de TEP scanners à proportion de l'effort impactant la radiologie**

3) Actes d'imagerie (ADI)

Ce troisième tiers des dépenses d'imagerie est porté pour 73% par la radiologie et progresse significativement (1,6 Md€). Une partie est en rapport avec l'augmentation de l'imagerie en coupes et des FT. La répartition précises entre les différents actes est à reprendre mais une diminution des actes de radiographies standards voire le non remboursement d'actes aujourd'hui obsolètes est justifiable. De telles mesures devront épargner certains actes tels que la mammographie notamment de dépistage. Pour les ADI de MN également la dynamique est très marquée (5,8% d'augmentation vs 2,9 % en 2024 pour la radiologie) et l'effort doit également la concerner.

En dehors de ces mesures pouvant être instaurées rapidement, il convient de poursuivre le travail sur la pertinence qui ne donnera ses pleins effets que sur le long terme. Pour l'amplifier, le logiciel ADERIM doit être intégré à la totalité des logiciels médicaux des demandeurs en ville comme dans les structures de soins, toutes spécialités confondues. Le travail scientifique et de recommandations de bonne pratique doit se poursuivre.

Enfin, la radiologie interventionnelle, en plus d'être épargnée par toute mesure d'économie doit être revalorisée. Il est inconcevable que la cotation des actes ne permette souvent même pas de couvrir les frais de matériel. La RI, en croissance constante, est une source majeure d'économie (largement ambulatoire, suites opératoires plus simples avec retour rapide au travail, diminution des séquelles et de leur coût sociétal comme dans l'AVC ...), sûre et efficace, souvent en alternative de techniques chirurgicales plus lourdes pour le patient et plus onéreuses. Son déploiement large assurerait des économies majeures sur le long terme dont notre système de santé à tant besoin sans sacrifier la qualité des soins.

Dans l'urgence, la régulation de l'échographie, tout particulièrement « non radiologique », et la diminution du forfait technique des paliers 2 et 3 en IRM sont essentielles pour ne pas participer à une diminution de la qualité des soins.

Pour le bureau du SRH,

Dr Thomas Martinelli,

Président du SRH

Pr Pierre Champsaur,

Secrétaire du SRH